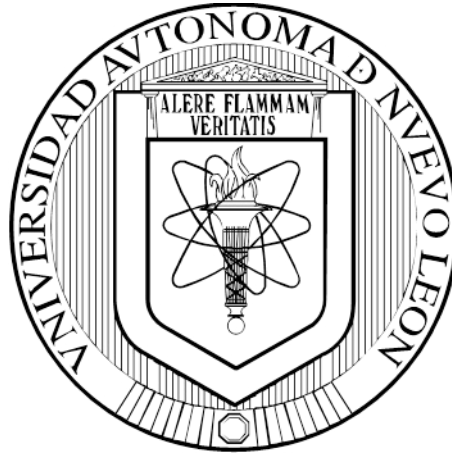


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL
EN NIÑOS DE 5° Y 6° DE PRIMARIA Y ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

POR

MARÍA CLAUDIA MORALES RODRÍGUEZ

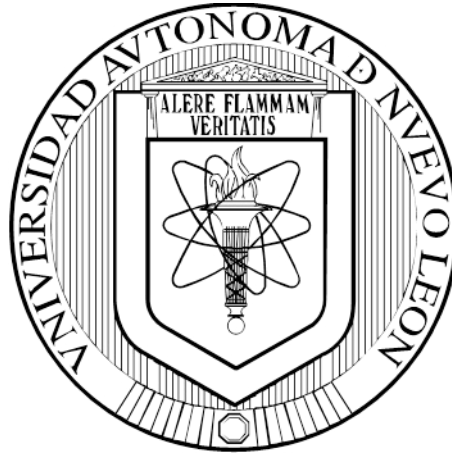
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

FEBRERO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL
EN NIÑOS DE 5° Y 6° DE PRIMARIA Y ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

POR

MARÍA CLAUDIA MORALES RODRÍGUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS

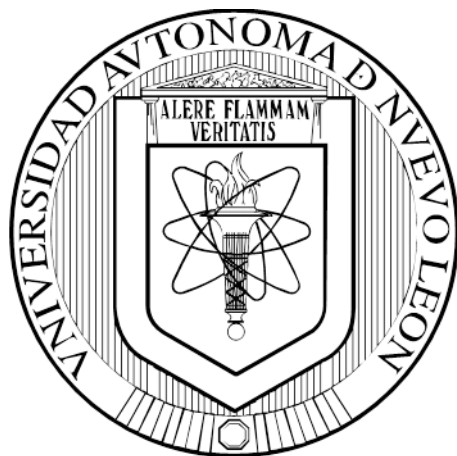
DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA

FEBRERO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL
EN NIÑOS DE 5° Y 6° DE PRIMARIA Y ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

POR

MARÍA CLAUDIA MORALES RODRÍGUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR EXTERNO

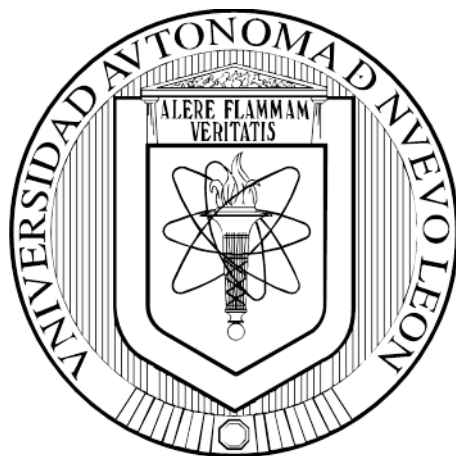
DRA. MA. ALEJANDRA HERNÁNDEZ CASTAÑÓN

FEBRERO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL
EN NIÑOS DE 5° Y 6° DE PRIMARIA Y ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

POR

MARÍA CLAUDIA MORALES RODRÍGUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

FEBRERO, 2018

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL NO CONSUMO DE
ALCOHOL EN NIÑOS DE 5° Y 6° DE PRIMARIA Y ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA

Aprobación de Tesis

Dra. Karla Selene López García
Presidente

Dra. Karla Selene López García
Director de Tesis

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
1er. Vocal

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañon
2do. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|--|--------|
| Capítulo I | |
| Introducción | 1 |
| Propósito | 9 |
| Marco Teórico | 9 |
| Proposiciones Teóricas del MPS | 14 |
| Derivación de Proposiciones | 16 |
| Estructura Conceptual Teórica Empírica | 38 |
| Estudios Relacionados | 40 |
| Definición de Términos | 76 |
| Objetivo e Hipótesis | 78 |
| Capítulo II | |
| Metodología | 80 |
| Diseño del Estudio | 80 |
| Población, Muestreo y Muestra | 80 |
| Criterios de Inclusión | 81 |
| Instrumentos de Medición | 81 |
| Procedimiento de Recolección de Datos | 91 |
| Consideraciones Éticas | 96 |
| Análisis de los datos | 98 |
| Capítulo III | |
| Resultados | 102 |
| Consistencia Interna de los Instrumentos | 102 |
| Estadística Descriptiva | 103 |

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|---|--------|
| Prueba de Normalidad de las Variables del Estudio | 118 |
| Estadística Inferencial | 120 |
| Resultados de la Aproximación Cualitativa | 156 |
| Capítulo IV | |
| Discusión | 175 |
| Conclusiones | 186 |
| Limitaciones | 187 |
| Recomendaciones | 188 |
| Referencias | 189 |
| Apéndices | |
| A. Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDPCA) | 211 |
| B. Test de Autoestima para Escolares (TAE) | 213 |
| C. Índice de religiosidad de Duke (IRD o DUREL) | 214 |
| D. Cuestionario de Autoeficacia para resistir el Alcohol (DRSEQ-RA) | 215 |
| E. Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol (ERPA) | 218 |
| F. Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol [IHFCA] | 219 |
| G. Escala de Valoración del Barrio (EVB) | 221 |
| H. Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) | 223 |
| I. Guía de Entrevista Semiestructurada | 224 |
| J. Consentimiento/Asentimiento informado del Estudiante (Entrevista) | 225 |
| K. Consentimiento/Asentimiento informado del Estudiante (Instrumentos) | 227 |
| L. Consentimiento informado del Padre o Tutor (Entrevista) | 229 |

Lista de Tablas

| Tabla | Página |
|---|--------|
| 1. Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach | 103 |
| 2. Características sociodemográficas de los niños y adolescentes del estudio | 104 |
| 3. Frecuencias y Porcentajes del Cuestionario de Autoestima para Escolares | 104 |
| 4. Índice de religiosidad de Duke | 106 |
| 5. Autoeficacia para resistir el Alcohol | 107 |
| 6. Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol | 108 |
| 7. Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol | 110 |
| 8. Escala de Valoración del Barrio | 112 |
| 9. Tipo de experimentación con el alcohol | 114 |
| 10. Edad de inicio del primer consumo de alcohol | 115 |
| 11. Prevalencia de Consumo de Alcohol en los niños de Primaria y Adolescentes de Secundaria | 115 |
| 12. Chi cuadrada de Pearson (χ^2) para prevalencia de consumo de alcohol en los niños de primaria y adolescentes de secundaria | 117 |
| 13. Tipos de Consumo de Alcohol en los niños de Primaria y Adolescentes de Secundaria | 118 |
| 14. Prueba de Kolmogorov-Smirnov (<i>K-S</i>) aplicada a las variables continuas del estudio | 119 |
| 15. Coeficiente de Correlación de Spearman de las variables en todos los participantes del estudio | 121 |

Lista de Tablas

| Tabla | Página |
|---|--------|
| 16. Modelo de Regresión Logística de experimentación de alcohol edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en el no consumo de alcohol alguna vez en la vida | 123 |
| 17. Efecto de los factores personales biológicos y psicológicos sobre la autoeficacia | 125 |
| 18. Modelo general de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en la autoeficacia | 125 |
| 19. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en la autoeficacia | 126 |
| 20. Efecto de los factores personales biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales (resistencia a la presión de los amigos) | 128 |
| 21. Regresión lineal múltiple de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en las influencias interpersonales (resistencia a la presión de los amigos) | 129 |
| 22. Efecto de los factores personales biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales (historia de consumo del padre) | 130 |
| 23. Modelo de regresión lineal múltiple de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en las influencias interpersonales (historia de consumo del padre) | 131 |
| 24. Efecto de los factores personales biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales (historia de consumo de la madre) | 133 |

Lista de Tablas

| Tabla | Página |
|--|--------|
| 25. Regresión lineal múltiple de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en las influencias interpersonales (historia de consumo de la madre) | 133 |
| 26. Efecto de los Factores Personales Biológicos, Socioculturales y Psicológicos en las Influencias situacionales (Activos de Barrio) | 135 |
| 27. Modelo general de sexo, edad, escolaridad, ocupación, religiosidad y Autoestima sobre los Activos de Barrio | 135 |
| 28. Regresión lineal múltiple de sexo, edad, escolaridad, ocupación, religiosidad y Autoestima sobre la Valoración del Barrio | 136 |
| 29. Coeficiente de Correlación de Sperman de las variables de autoeficacia y el consumo de alcohol | 138 |
| 30. Modelo de Regresión Logística de autoeficacia para el no consumo de alcohol alguna vez | 138 |
| 31. Modelo de Regresión Logística de autoeficacia en el último año | 139 |
| 32. Coeficiente de Correlación de Sperman de las influencias interpersonales y el consumo de alcohol | 141 |
| 33. Efecto de la Resistencia e historia familiar de consumo sobre el consumo de alcohol | 141 |
| 34. Modelo general de resistencia e historia familiar de consumo y el consumo de alcohol | 141 |
| 35. Modelo de Regresión Logística de las influencias interpersonales (resistencia a la presión de amigos e historia familiar de consumo) en el no consumo de alcohol alguna vez en la vida | 142 |

Lista de Tablas

Página

Tabla

| | |
|--|-----|
| 36. Modelo de Regresión Logística de las influencias interpersonales (resistencia a la presión de amigos e historia familiar de consumo) en el no consumo de alcohol en el último año | 145 |
| 37. Coeficiente de Correlación de Spearman de la variable Valoración del barrio y el consumo de alcohol | 147 |
| 38. Modelo de Regresión Logística de las influencias situacionales (valoración del barrio) para el no consumo de alcohol alguna vez en el vida | 147 |
| 39. Modelo de Regresión Logística de las influencias situacionales (valoración del barrio) para el no consumo de alcohol en el último año | 148 |
| 40. Modelo de Regresión Logística de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad, autoestima, autoeficacia, resistencia a la presión de los amigos, historia de consumo del padre, historia de consumo de la madre y valoración del barrio para el no consumo de alcohol en el último año | 150 |
| 41. Coeficiente de Correlación de Spearman de las variables del estudio en los consumidores de alcohol en el último año | 155 |

Lista de Figuras

| Figura | Página |
|---|--------|
| 1. Modelo de Promoción de la Salud, Nola J. Pender (2014), Teoría Madre | 16 |
| 2. Primer proposición derivada | 22 |
| 3. Segunda proposición derivada | 22 |
| 4. Tercer proposición derivada | 23 |
| 5. Cuarta proposición derivada | 24 |
| 6. Modelo de no consumo de alcohol en niños de primaria y adolescentes de secundaria | 25 |
| 7. Conducta previa y factores personales que predicen la conducta de no consumo de alcohol | 124 |
| 8. Factores personales que predicen la autoeficacia | 127 |
| 9. Factores personales que predicen las influencias interpersonales: resistencia a la presión de los amigos | 129 |
| 10. Factores personales que predicen las influencias interpersonales: historia de consumo de padre | 132 |
| 11. Factores personales que predicen las influencias interpersonales: historia de consumo de la madre | 134 |
| 12. Factores personales que predicen la valoración del barrio | 137 |
| 13. Autoeficacia y No Consumo de Alcohol alguna vez en la vida | 139 |
| 14. Autoeficacia y No Consumo de Alcohol en el último año | 140 |
| 15. Historia Familiar de Consumo del padre y no consumo de alcohol alguna vez | 143 |
| 16. Historia Familiar de Consumo de la madre y no consumo de alcohol alguna vez | 143 |

Lista de Figuras

| Figura | Página |
|--|--------|
| 17. Resistencia a la presión de amigos y no consumo de alcohol alguna vez | 144 |
| 18. Historia de consumo del padre y no consumo de alcohol en el último año | 146 |
| 19. Resistencia a la presión de los amigos y no consumo de alcohol en el último año | 146 |
| 20. Valoración del barrio y consumo de alcohol alguna vez en la vida | 148 |
| 21. Valoración del barrio y no consumo de alcohol en el último año | 149 |
| 22. Modelo de Promoción de la Salud para el no Consumo de Alcohol | 153 |
| 23. Estrategias usadas por los niños y adolescentes en el compromiso con el plan de acción para el no consumo de alcohol | 157 |

Agradecimientos

Ante todo y siempre, gracias a Dios, por haberme dado la oportunidad de seguir viva y haciendo lo que más quiero, estar al lado de mi familia, disfrutar mi trabajo y seguir preparándome en esta disciplina que tanto quiero.

A la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Institución donde he pasado muchos años como docente y donde he tenido el firme apoyo para desarrollarme académicamente.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, por permitirme cursar este programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería y lograr avanzar en mi desarrollo profesional.

A las Autoridades de la Facultad de Enfermería de la BUAP por hacerme la invitación y haberme permitido cursar el Programa de Doctorado.

A las Autoridades, Coordinadora y Docentes del Programa de Doctorado de la Facultad de Enfermería de la UANL.

A mi Directora de Tesis, la Doctora Karla Selene López García, por el apoyo brindado para la realización de esta tesis a pesar de sus múltiples actividades.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, al Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo, al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza y la Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón por sus aportaciones para enriquecer esta tesis.

A la Secretaría de Educación Pública y los Coordinadores Generales de Primarias y Secundarias por permitirme el acceso a las Escuelas.

A las autoridades y docentes donde se efectuó el estudio por las facilidades otorgadas tanto para ocupar sus instalaciones, así como cederme su tiempo de clases.

Especialmente a los niños y adolescentes, así como a sus padres o tutores, por aceptar participar y hacer posible la realización de este trabajo.

A la Licenciada en Psicología Alejandra Luna Gracia quien me apoyó en el trabajo de campo.

Al personal Administrativo y de Servicios de la FE-BUAP y de la FAEN-UANL.

Dedicatoria

A mis dos madres que están en el cielo, Santa María de Guadalupe y mi madrecita la Sra. Consuelo Rodríguez Gándara, “Consuelito” como todos la conocían, por cuidarme desde allá y porque sé que en todo momento ellas me bendicen.

A mi padre, el señor Pedro Morales Jiménez quien con esfuerzo pagó mis primeros estudios de Enfermería.

A mis dos amores: mi esposo Plácido Huerta Ramírez, quien tuvo que hacer las veces de madre y padre en mis ausencias y por sus palabras de apoyo. A mi pequeño hijo Diego Julián Huerta Morales a quien no pude apoyar en sus ciclos de examen y quien tampoco entendía por qué tenía que irme de su lado por algunos periodos siendo él tan pequeño.

A mis hermanos y familiares quienes moralmente siempre estuvieron a mi lado.

A mis compañeros Arelia, Mary, Ángeles, Vianet, Francisco y Luisa, con quienes compartí muchos momentos difíciles y otros de alegría.

A Arelia porque muchas veces lloramos juntas.

A mis suegros y cuñadas por cuidar a mi hijo cuando tenía que ausentarme.

A mis compañeros docentes por tener que aumentar su carga académica para cubrir el lugar que temporalmente dejé.

A todos aquellos quienes de manera directa e indirecta apoyaron a que terminara mis estudios y que por falta de memoria y de espacio no puedo nombrar.

RESUMEN

María Claudia Morales Rodríguez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Febrero, 2018

Título del Estudio: MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL NO
CONSUMO DE ALCOHOL EN NIÑOS DE 5° Y 6° DE PRIMARIA
Y ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

Número de Páginas: 232

Candidato para Obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio fue plantear un Modelo explicativo de factores que predicen la conducta promotora de salud de no consumo de alcohol, en niños de 5° y 6° año de primaria y de adolescentes de 1°, 2° y 3° año de secundaria de un Municipio del Estado de Puebla, a partir del MPS de Nola J. Pender. El diseño del estudio tuvo un enfoque cuantitativo con una aproximación cualitativa.

Respecto al enfoque cuantitativo se realizó un diseño de comprobación de modelo. Se hizo una aproximación cualitativa para explorar el concepto denominado compromiso para un plan de acción. Se realizó un muestreo probabilístico, estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato. El tamaño de la muestra se calculó a través del paquete estadístico nQuery Advisor, para un Modelo de Regresión Logística, con un nivel de significancia de .05, una potencia de 90%, una razón de momios (OR) de 1.5, obteniendo una muestra de 1223 estudiantes. Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron una Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDPCA) elaborada por la autora del estudio y siete instrumentos: Test de Autoestima para Escolares (TAE) (Ruiz, 2003) obtuvo un Alpha de Cronbach de .75; el Índice de Religiosidad de Duke (IRD o DUREL) (Koenig et al., 1997) obtuvo un Alpha de Cronbach de .76; Cuestionario de Autoeficacia para resistir el Consumo de Alcohol (DRSEQ-RA) de Young et al. (2007) obtuvo una confiabilidad de .97, Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol (ERPA) de Sánchez-Xicotencatl et al. (2013) reportó un Alpha de Cronbach de .75; el Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol (IHFCA) de Natera et al. (2001) presentó un Alpha de Cronbach de .60, la Escala de Valoración del Barrio (EVB) de Oliva et al., (2012) obtuvo un Alpha de Cronbach de .86 y el Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) por De la Fuente & Kershenovich (1992) obtuvo un Alpha de Cronbach de .71. El estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987). Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y se decidió el uso de pruebas no paramétricas. Las pruebas estadísticas inferenciales que se emplearon fueron el Coeficiente de Correlación de Spearman, Modelos de Regresión Lineal Múltiple y Modelos de Regresión Logística.

Contribuciones y Conclusiones: Los hallazgos apoyaron parcialmente las cuatro proposiciones derivadas del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Respecto a las prevalencias de consumo de alcohol se encontró que los niños de 5° y 6° año de primaria (46.5%) como de secundaria (45.3%) tuvieron un promedio de 45.9% de no consumo alguna

vez en la vida; en promedio el 77.7% y el 69.3% de los participantes de primaria y secundaria, no reportaron prevalencia de consumo de alcohol en el último año.

Respecto a la primera hipótesis que indica que la conducta previa y los factores personales tienen efecto en el resultado conductual, se encontró que las variables que resultaron significativas sobre el resultado conductual no consumo de alcohol fueron la conducta previa ($\beta = -.189$, $p < .001$), la edad ($\beta = -.152$, $p = .004$) y el índice de religiosidad ($\beta = .006$, $p = .045$), con una varianza explicada del 25.6%. En relación a la segunda Hipótesis que señala, los Factores Personales Biológicos, Socioculturales y los Psicológicos tienen efecto en la autoeficacia, se verificó que las variables edad ($\beta = .12$, $p < .001$), sexo ($\beta = .08$, $p = .004$) y el autoestima ($\beta = .13$, $p < .001$) mantienen efecto significativo sobre la autoeficacia para el no consumo de alcohol, con una varianza explicada de 4.2%. De acuerdo a la tercera hipótesis que refiere los Factores Personales Biológicos, Socioculturales y los Psicológicos tienen efecto en las Influencias Interpersonales, se destaca que las variables que predicen estadísticamente de manera significativa la resistencia a la presión de los amigos, son los factores personales biológicos sexo ($\beta = .07$, $p = .015$), la ocupación actual ($\beta = -.07$, $p = .013$) y el autoestima ($\beta = .11$, $p < .001$) ($p < .05$) reportando una varianza del 4.3%. La variable autoestima mantiene efecto significativo sobre la historia familiar de consumo de alcohol del padre ($\beta = -.17$, $p < .001$, $R^2 = 3.2\%$) y de la madre ($\beta = -.10$, $p < .001$, $R^2 = 1.8\%$). De acuerdo a la cuarta hipótesis que establece Los Factores Personales Biológicos, Socioculturales y los Psicológicos tienen efecto en las Influencias situacionales, se encontró que la escolaridad ($\beta = -.13$, $p < .001$), la religiosidad ($\beta = .14$, $p < .001$) y el autoestima ($\beta = .22$, $p = .001$) predicen la valoración del barrio, con una varianza explicada del 11%. La quinta hipótesis plantea la autoeficacia tiene efecto en el resultado conductual (no consumo de alcohol) se encontró que la autoeficacia predice el no consumo de alcohol ($\beta = .011$, $p < .001$), con una varianza del 1.6%. En relación a la sexta hipótesis que señala las Influencias Interpersonales tienen efecto en el resultado conductual no consumo de alcohol, las variables resistencia a la presión de los amigos ($\beta = .015$, $p < .001$) historia de consumo del padre ($\beta = -.006$, $p = .023$) e historia de consumo de la madre ($\beta = -.009$, $p = .016$) contribuyen al no consumo de alcohol, con una varianza explicada del 4.4%. De acuerdo a la séptima hipótesis que señala Las influencias situacionales tienen efecto en el resultado conductual (consumo de alcohol), se encontró que la variable valoración del barrio contribuye en el no consumo de alcohol de los participantes ($\beta = .013$, $p < .001$). Finalmente las variables que predicen el Modelo de Promoción de la Salud de no Consumo de Alcohol son la edad ($B = .16$, $p < .001$), la ocupación ($B = -.40$, $p = .029$), el autoestima ($B = -.01$, $p < .001$), la resistencia a la presión de los amigos ($B = -.01$, $p < .001$), la historia de consumo del padre ($B = .00$, $p = .004$).

En relación al acercamiento cualitativo se obtuvieron un total de 14 categorías que utilizan los niños y adolescentes para mantenerse en el compromiso con el plan de acción no consumo de alcohol. Con los resultados obtenidos se sugiere realizar estudios de intervención en el área de promoción de la salud bajo diseños controlados buscando fortalecer la conducta de no consumo de alcohol.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de alcohol excesivo en la actualidad es considerado un problema de salud pública porque afecta a la sociedad y representa un grave riesgo en la salud de la población. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) es factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos, provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana; además, reporta que su consumo es causa directa o indirecta de 3.3 millones de muertes cada año, lo que representa el 5.9% de todas las defunciones.

En las Américas se estima que el consumo de alcohol es mayor que en el resto del mundo; también en esta región los jóvenes, en general, presentan patrones de consumo mucho más peligrosos que en otras regiones (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015). En algunos países de América Latina, se registra un descenso en la edad de inicio de consumo, además existe una tolerancia social hacia este consumo en determinadas situaciones sociales, como fiestas, celebraciones, entre otras; lo que conlleva patrones de comportamiento que influyen en el consumo de esta sustancia (Grigoravicius et al., 2013).

El consumo de alcohol afecta a una gran cantidad de población, sin embargo, la sensibilidad a los efectos del etanol en los adolescentes, se debe a la etapa de maduración cerebral en la que se encuentran, lo que estimula y refuerza su conducta bebedora (Rodríguez, Sanchiz & Bisquerra, 2014). El abuso prolongado del alcohol causa enfermedades no transmisibles como cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares, traumatismos por violencia o accidentes, suicidios, algunos tipos de neoplasias y recientemente el consumo nocivo de alcohol se ha relacionado con algunas enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH/sida (OMS, 2015). Además, el consumo de alcohol en la etapa de niñez y adolescencia tiene graves afectaciones en el desarrollo cerebral que puede presentar consecuencias de por vida (Centers for Disease

Control and Prevention [CDC], 2016), ya que el alcohol produce cambios permanentes en la memoria y en la habilidad para aprender (Newport Academy, 2016).

Se enfatiza que en ocasiones los niños y los adolescentes perciben el consumo de alcohol como algo inofensivo e inclusive pueden llegar a considerar el consumo de esta sustancia como una conducta “normal” que está presente en reuniones sociales, familiares y religiosas (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2011). En los niños, de acuerdo a la teoría conductista, la adquisición de nuevas conductas se hace a través de la observación e imitación al observar un modelo; estos niños suelen adquirir, en el curso de la representación imitativa de un rol, varias clases de respuestas, este aprendizaje imitativo no se limita a la adopción de roles vocacionales y ocupacionales propios del sexo; en muchas culturas los niños no hacen lo que los adultos les dicen que hagan, sino más bien lo que les ven hacer (Bandura & Walters, 1974).

La situación del consumo en los niños cobra importancia por el tamaño cada vez mayor de población infantil que puede estar en riesgo de involucrarse con el consumo de alcohol, ya que de acuerdo a las estadísticas en el año 2014 en México, el monto de población infantil de 0 a 17 años, ascendió a 40.2 millones de personas, 19.7 millones de niñas y 20.5 millones de niños (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI, 2015]).

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones [CENADIC], CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2011) señala que en población adolescente de 12 a 17 años, la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue del 42.9%, en el último año de 30.0% y en el último mes de 14.5%. La tendencia de consumo por sexo en el último mes fue mayor en los hombres (17.4%) en comparación con las mujeres (11.6%).

Respecto a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014, (Secretaría de Salud [SS], Secretaría de Educación Pública [SEP],

CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2015) se reportó que en el nivel de educación básica de primaria, la prevalencia total del consumo de alcohol fue del 16.9%, con una prevalencia mayor en los hombres (21.5%) que en las mujeres (12.1%); la prevalencia en el año fue de 8.1% en los estudiantes; en los hombres de 10.5% y de 5.5% en las mujeres; la prevalencia de consumo excesivo de alcohol en estudiantes de primaria fue de 2.4%, con una prevalencia mayor en los hombres que en las mujeres (3.3% y 1.4%, respectivamente). Respecto a la población de nivel medio básico de estudiantes de secundaria, se muestra que el 41.9% de los hombres y el 39.4% de las estudiantes de secundaria reportaron haber bebido alcohol; en el último año la prevalencia de consumo de alcohol fue de 24.3% en hombres y 24% mujeres.

En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 [ENCODAT] (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2017), se destaca que en la población de 12 a 17 años el consumo de alcohol alguna vez en los hombres fue de 39.8%, la prevalencia del último año fue de 28.8% y la del último mes de 16.8%, en el caso de las mujeres, el consumo de alcohol alguna vez fue de 37.9%, en el último año de 27.2% y en el último mes de 15.4%. La edad de inicio de consumo de alcohol reportada en el año 2011 fue de 16.6 años en hombres y de 19 años en mujeres.

Cabe mencionar que a nivel regional, en la zona centro conformada por los estados de Puebla, el Estado de México, Tlaxcala, Morelos, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato, se observa una tendencia ascendente de la ingesta de alcohol, se destaca que el consumo de alcohol alguna vez en la vida en la población de 12 a 65 años se incrementó de 66.6% en 2008 a 76.9% en 2011. Además, el consumo elevado de alcohol en población de 12 a 65 años fue de 34.2% en 2008 a 34.5% en 2011 (CENADIC et al., 2011).

A nivel local, en el estado de Puebla el Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas [SIECD] (Centros de Integración Juvenil, A.C. [CIJ], 2015); en el reporte del segundo semestre del 2014, informó que el consumo de alcohol alguna vez

en la vida fue de 80.7%. En el caso de los estudiantes de secundaria este consumo fue de 40.0% (43.5% de los hombres y 36.9% de las mujeres), el 22.5% de este grupo de estudiantes consumieron alcohol en el último año (24.1% de los hombres y 21.1% de las mujeres) y el 15.7% consumieron esta sustancia en el último mes (16.4% y 15.1% hombres y mujeres respectivamente).

Respecto al consumo alguna vez en la vida el 20.2% de los estudiantes de 5° y 6° año de Primaria (25.7% de los hombres y 14.6% de las mujeres) reportaron este tipo de prevalencia, el 10.6% consumieron en el último año (13.9% de los hombres y 7.3% de las mujeres) y el 5.2% presentó el consumo de alcohol en el último mes (CIJ, 2013). Los datos anteriores muestran cifras alarmantes del consumo de alcohol en niños y adolescentes, lo que pone en evidencia la influencia de los factores protectores y de riesgo, aunado al contexto en el que se desarrolla el niño y el adolescente.

Es importante destacar que tanto el medio ambiente familiar y cultural proporcionan al niño y al adolescente contenidos que se procesan cognitivamente en esta etapa de su vida, que asumen como creencias propias, filosofías, las cuales pueden influir en su pensamiento y éste a su vez en la conducta (Carbonero, Martín-Antón & Feijó, 2010). Las expectativas se relacionan con el consumo de alcohol, éstas comienzan a desarrollarse antes de tener experiencia propia con el consumo de alcohol, ya que muchos de los adolescentes suponen que el alcohol no es una droga por la influencia del medio, por lo que se inician en una conducta de experimentación del consumo de esta sustancia (Salamé, Barbour & Salameh, 2013).

En relación a la conducta de no consumo de alcohol se puede señalar como el resultado de la interacción de factores protectores individuales (biológicos y psicológicos) y sociales que interrumpen o evitan la progresión en el inicio del consumo de alcohol (Molina, 2013). Los factores de protección son aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado (Pérez & Mejía, 1998). Entre los factores de

protección asociados al no consumo de alcohol se encuentra el sexo, dado que las mujeres consumen menos respecto a los hombres (Contreras, Molina & Cano, 2011). Respecto a la edad, la prevalencia de consumo excesivo y el consumo problemático se incrementan conforme aumenta la edad, como es el caso de los adolescentes de 17 años, donde el consumo excesivo llega al 28.8% [ENCODE, 2014].

Otros factores protectores son los denominados psicológicos, entre los que se destaca el autoestima, ya que se ha documentado que si un adolescente presenta una alta autoestima ésta puede protegerlo para que no inicie el consumo de esta sustancia; es decir, cuando el adolescente presenta autoestima elevada, menor es el riesgo de consumir alcohol (Martínez, Pedrão, Alonso, López & Oliva, 2008; Álvarez, Alonso & Guidorizzi, 2010; Kim, 2011). En los niños, el autoestima se forma durante la infancia que abarca de los 6 a los 11 años (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2017).

En relación a los factores socioculturales como la escolaridad la Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México (EENMMS) (Villatorio et al., 2005) señala que estar estudiando puede ser un factor protector del consumo de alcohol; ya que diversos autores (Medina- Mora et al., 2003; Medina-Mora, Robles, Villatoro, Ruz & Fleiz, 1999 [citado en Villatorio et al. 1999]; Villatoro et al., 2002) encontraron que el no consumo de alcohol se presenta principalmente entre los adolescentes que se encuentran estudiando.

De acuerdo a Salazar, Valdez, Martínez y Pedroza (2010), la ocupación es un factor que influye en el no consumo de alcohol ya que de acuerdo a la evidencia el estar estudiando supone un factor de protección; sin embargo, estudios realizados reportan que los adolescentes que trabajan además de estudiar, pueden desarrollar un factor de riesgo para el consumo de alcohol (Medina-Mora, Rascón, García, & Ezbán, 1986; Medina Mora et al., 1993; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], SS, CONADIC, & Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2004).

Otro factor sociocultural que puede influir en el no consumo es la religiosidad, es decir la influencia social que tiene este factor como protector de la conducta de consumo de alcohol en los adolescentes, ya que a través de ésta se puede facilitar la transmisión de normas morales, la supervisión de conductas, el aprendizaje de habilidades y la resistencia a la presión social (Vargas & Martínez, 2015).

En relación a la autoeficacia es una variable que puede predecir la conducta del consumo de alcohol y drogas, los adolescentes que reportan altos niveles de autoeficacia mantienen una conducta de no consumo de alcohol o niveles bajos de consumo y estos niveles de autoeficacia modulan las habilidades y el consumo de drogas (Hurtado & Nascimiento, 2010). En el contexto de consumo de alcohol, la autoeficacia puede ser conceptualizada como las creencias sobre la capacidad de resistir o negarse a beber alcohol en situaciones particulares (Oei, Hasking & Young, 2005); las situaciones en las cuales los individuos tienen dificultades para resistirse son escenarios típicamente sociales, por ejemplo si está en un club, cuando tiene la oportunidad por ejemplo, cuando le están regalando o dando una bebida, o para propósitos de regulación afectiva o alivio emocional (Oh & Kim, 2014).

Las influencias del contexto (familia, comunidad y escuela) de los niños y adolescentes se puede relacionar con conductas de protección, es importante destacar que en la adolescencia las chicas y chicos amplían el tiempo que pasan fuera de su casa y escuela, lo que aumenta su exposición a la influencia del barrio en el que viven, lo que se puede denominar influencias situacionales (Oliva, Antolín, Estévez & Pascual, 2012).

Las conductas de un individuo también son aprendidas mediante la observación e imitación de modelos y en la etapa de niñez y adolescencia, los modelos más significativos con la que se identifican éstos son los grupos de iguales; la relación con sus amigos tiene un significado especial, éstos ocupan parte del espacio afectivo del niño y adolescente, además le ofrecen aprobación, seguridad, apoyo y aprendizaje de destrezas e intereses propios de su edad (Ferrer, Pérez & Montero, 2014). La resistencia

a la presión de los amigos del consumo de alcohol, es el rechazo del adolescente a consumir alcohol cuando no lo desea aunque los amigos lo presionen para que lo haga (Sánchez, Andrade, Betancourt & Vital, 2013).

Cabe destacar que la influencia de la familia puede determinar modos de comportamiento del niño y el adolescente, por lo que los antecedentes de la familia respecto al consumo es importante, debido a que los padres y hermanos pueden ser modelos de rol e influir en la conducta del niño y adolescente.

En la evidencia se ha encontrado que la madre puede representar un factor de protección ante el consumo de alcohol de los hijos, debido a que ella está más tiempo con ellos y establece reglas que deben ser aceptadas dentro del ambiente familiar, además de que es determinante el modelo de rol respecto al consumo de alcohol, es decir si la madre no reporta historia de consumo de alcohol puede ser un factor protector ante esta conducta (Telumbre, López, Araujo & Torres, 2017; Brown & Rinelli, 2010).

De acuerdo a la evidencia presentada se muestra que los factores de protección y de riesgo pueden influir en los niños y adolescentes en diferentes etapas de sus vidas. Mientras más son los factores de protección a los que está expuesto un niño o adolescente, mayor es la probabilidad de que éste no se involucre en la conducta de consumo de alcohol. Algunos de los factores de protección o de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la resistencia a la presión de los amigos durante los años de la adolescencia, un fuerte vínculo entre padres e hijos, una alta autoestima, autoeficacia, entre otros, por lo que una meta importante para mantenerse en la conducta de no consumo de alcohol es identificar los factores de riesgo y los de protección, de manera que los factores de protección excedan a los factores de riesgo (National Institute on Drug Abuse, 2004).

Otro factor relevante es identificar el compromiso de la conducta de no consumo de alcohol de los niños y adolescentes, es decir, la identificación de estrategias específicas utilizadas para mantenerse con éxito en la conducta de no consumo de

alcohol, denominada por Pender (2014) como el compromiso para un plan de acción, para el no consumo de alcohol. Esta variable no fue posible medirla de forma cuantitativa por carecer de un instrumento, por lo que se decidió en el presente estudio abordarla mediante una aproximación cualitativa.

Con base en lo anterior es importante realizar un modelo que explique las variables que influyen en los niños y adolescentes en la conducta de no consumo de alcohol, ya que no se han encontrado estudios que utilicen modelos o teorías de enfermería dirigidos hacia la explicación de la conducta de no consumo con una perspectiva integral, además de la complejidad de este fenómeno, ya que las interacciones entre los diferentes factores hace que los determinantes sean difíciles de establecer, por lo que se considera que existe un vacío de conocimiento y se reflexiona respecto a la manera de explicar la relación entre las variables (factores) en conjunto desde el enfoque de la Enfermería, utilizando un modelo de enfermería centrado en el cuidado preventivo y en la conducta promotora.

Cabe señalar que el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (MPS) (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014) ilustra la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado de salud deseado, enfatiza el nexo entre las características personales, las experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados a los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El MPS propone que las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud. Al aplicar este Modelo de Promoción de la Salud en el fenómeno del consumo de alcohol, se pretende explicar como resultado conductual, la conducta promotora de salud, el no consumo de alcohol.

Cabe destacar que el fenómeno que se pretende explicar y que ha servido para guiar esta propuesta de la conducta promotora de salud, se encuentra enmarcado en las

siguientes variables: conducta previa, factores personales edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad, autoestima, la percepción de autoeficacia, las influencias interpersonales tales como la historia familiar de consumo, resistencia a la presión de los amigos y las influencias situacionales como la influencia del barrio; así como el compromiso con el plan de acción (para esta variable se realizará un acercamiento cualitativo), que pueden determinar el resultado conductual: la conducta promotora de salud para el no consumo de alcohol.

La identificación de factores de protección permitirán obtener un modelo que explique la conducta de no consumo de alcohol en niños y adolescentes. Por lo que el propósito del estudio es plantear un Modelo explicativo de factores que predicen la conducta promotora de salud de no consumo de alcohol, en niños de 5° y 6° año de primaria y de adolescentes de 1°, 2° y 3° año de secundaria de un Municipio del Estado de Puebla, a partir del MPS de Nola J. Pender.

Marco Teórico

Modelo de Promoción de la Salud (Pender et al., 2014).

El modelo que sustenta el estudio es el de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (MPS) (Pender et al., 2014) es una teoría de enfermería que integra varios modelos como la teoría cognitiva social de Bandura (Bandura & Walters, 1974) que postula la importancia de los procesos cognitivos para el cambio de conducta. También incluye el modelo de valoración de expectativas de la motivación, que fue descrito por Feather (1992), la cual afirma que la conducta es racional. Por último, se relaciona con el modelo de creencias en la salud de Becker pero a diferencia de éste, el MPS, no utiliza el miedo o la amenaza como fuente de motivación para generar la conducta saludable.

Los constructos de esta teoría son los siguientes: características y experiencias individuales. El modelo postula que cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones subsecuentes. La importancia de su efecto dependerá de la conducta objetivo bajo consideración. De este constructo se desprenden

el concepto conducta previa relacionada y los factores personales: biológicos, psicológicos y socioculturales. Los factores conductuales han sido definidos en el MPS como “conducta previa relacionada”.

Los estudios empíricos indican que con frecuencia el mejor predictor de la conducta es la frecuencia de la misma conducta o conductas similares en el pasado. La conducta previa es propuesta con los efectos tanto directos como indirectos en la probabilidad de realizar las conductas promotoras de la salud. A este respecto las personas que inician el consumo antes de los 15 años tienen cuatro veces más probabilidad de crear dependencia al alcohol (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIH], 2009).

El efecto directo de la conducta previa en la conducta promotora de la salud actual puede deberse a la formación de hábitos, en la que predispone a la persona a realizar la conducta automáticamente, con poca atención de los detalles específicos de su ejecución. De acuerdo con la teoría cognoscitiva social (Bandura, 1977), se propone que la conducta previa también tiene una influencia indirecta en la conducta promotora de la salud.

El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Los factores personales relevantes que predicen una conducta dada son moldeados por la naturaleza de la conducta objetivo bajo consideración. En el MPS, los factores personales han sido clasificados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Los factores personales biológicos incluyen variables tales como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado menopáusico, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad o el equilibrio. Los factores personales psicológicos pueden incluir variables tales como el autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud. Los factores personales socioculturales incluyen variables tales como la raza, la etnicidad, la aculturación, la educación y el estado socioeconómico. Se propone que los

factores personales influyen directamente en las cogniciones específicas de la conducta y el afecto, así como la conducta promotora de la salud. Aunque los factores personales pueden influir en las cogniciones y el afecto y predecir las conductas de la salud, algunos factores personales no pueden ser cambiados; por consiguiente, rara vez son incorporados a las intervenciones de cambio de conducta de salud.

El siguiente constructo es el de cogniciones y afectos específicos de la conducta, este conjunto de conceptos son los centrales del modelo y son considerados de mayor significancia motivacional dentro del modelo, además, estas variables constituyen el “núcleo” crítico para la intervención debido a que pueden modificarse por medio de las acciones que realice enfermería. Comprende seis conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, el tercer concepto es la autoeficacia percibida, el cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, finalmente, el último concepto indica las influencias situacionales del entorno. A continuación se describen los conceptos que se consideraron en el estudio.

Autoeficacia.

La autoeficacia la define Bandura (1993), como las creencias de las personas sobre sus capacidades para producir determinados resultados y que ejercen influencia sobre eventos que afectan sus vidas. Las creencias de autoeficacia determinan cómo la gente siente, piensa, se motiva a sí mismo y se comporta. Estas creencias producen efectos diversos a través de cuatro procesos principales. Ellos incluyen procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y de selección. Las percepciones de la habilidad y competencia en un dominio particular motivan a los individuos a realizar aquellas conductas en las que sobresalen. Sentirse eficaz y hábil en la realización de uno mismo, tiene la probabilidad de alentarlos a realizar la conducta objetivo con mayor frecuencia que el sentirse inepto y sin habilidad.

El conocimiento personal acerca de la autoeficacia se basa en cuatro tipos de información: 1) logros de desempeño de la realización real de la conducta o evaluación del desempeño en relación a algún auto-estándar o retroalimentación externa dada por otros; 2) las experiencias sustitutas por observar el desempeño de los otros y su auto-evaluación y retroalimentación relacionadas; 3) la persuasión verbal por parte de otros acerca de que se posee la capacidad para llevar a cabo un curso particular de acción; y 4) los estados fisiológicos (por ejemplo, ansiedad, temor, calma, tranquilidad) a partir de los cuales la gente juzga sus competencias.

Influencias interpersonales.

De acuerdo al MPS, las influencias interpersonales son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de otros. Estas cogniciones pueden o no corresponder con la realidad. Las fuentes principales de influencia interpersonal en las conductas promotoras de la salud son las familias (padres o hermanos), los iguales y los proveedores de atención de la salud. Las influencias interpersonales incluyen: las normas (expectativas de las personas significativas), el apoyo social (estímulo instrumental o emocional) y el modelado (aprendizaje sustituto a través de la observación de otros realizando una conducta particular).

Se ha demostrado que estos tres procesos interpersonales afectan la predisposición de los individuos para realizar las conductas promotoras de la salud según se indica en estudios relacionados a la salud. Las normas sociales establecen estándares de desempeño que los individuos pueden adoptar o rechazar. El apoyo social para una conducta destaca los recursos de mantenimiento ofrecidos por los demás. El modelado representa los componentes en secuencia de una conducta de salud y es una estrategia importante para el cambio de conducta en la teoría cognoscitiva social. Las influencias interpersonales afectan la conducta promotora de la salud directamente así como indirectamente a través de las presiones sociales o estímulo para comprometerse con un plan de acción.

Los individuos varían en el grado al cual son sensibles a los deseos, ejemplos y elogio de otros. Para que las influencias interpersonales tengan un efecto, los individuos deben prestar atención a las conductas, deseos y contribuciones de otros; comprenderlos y asimilarlos en representaciones cognoscitivas relacionadas a las conductas dadas. La susceptibilidad a la influencia de otros puede variar en desarrollo y ser particularmente evidente en la adolescencia. Algunas culturas dan mayor énfasis a las influencias interpersonales que otras.

Influencias situacionales.

Se refieren a las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto que pueden facilitar o impedir la conducta. Las influencias situacionales sobre la conducta para la promoción de salud incluyen las percepciones de opciones disponibles, características de la demanda y características estéticas del medio ambiente dentro del cual se propone que la conducta tome lugar.

Los individuos son atraídos y participan más competentemente en situaciones o contextos de ambientes en los cuales se sienten compatibles en lugar de incompatibles, relacionados en lugar de aislados, seguros en lugar de inseguros y amenazados. Los ambientes fascinantes e interesantes también son contextos deseables para la elaboración de conductas de salud. Las influencias situacionales han sido reconceptualizadas como influencias directas e indirectas en la conducta de salud, éstas pueden afectar las conductas directamente al presentar un ambiente “cargado” de pautas que motivan la acción. Las influencias situacionales pueden ser una clave importante para el desarrollo de estrategias nuevas y más efectivas para facilitar la adquisición y el mantenimiento de conductas para la promoción de la salud en poblaciones diversas.

Resultado conductual.

Compromiso para un plan de acción, es la intención de realizar una conducta particular de salud incluyendo la identificación de estrategias específicas para hacerlo con éxito.

Conducta promotora de salud.

La conducta promotora de salud es el punto final o resultado de acción en el MPS. Sin embargo, debe notarse que la conducta promotora de salud está básicamente dirigida al logro de resultados de salud positivos para el cliente. Las conductas promotoras de salud, particularmente cuando están integradas a un estilo de vida saludable que impregna todos los aspectos de la existencia, dan como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida.

Proposiciones Teóricas del MPS

Las declaraciones teóricas derivadas del modelo proporcionan una base para el trabajo de investigación sobre las conductas de salud. El MPS se basa en las siguientes proposiciones teóricas:

1. La experiencia previa relacionada, lo heredado y las características adquiridas influyen en las creencias, cogniciones y afectos específicos de la conducta promotora de salud
2. Las personas comprometidas adoptan conductas de las que perciben beneficios personales.
3. La percepción de barreras puede restringir el compromiso para un plan de acción, el cual es un mediador de la conducta promotora de salud.
4. La competencia percibida o la autoeficacia para ejecutar una conducta incrementa la probabilidad de compromiso con el plan de acción y el mantenimiento de la conducta.
5. A mayor autoeficacia percibida es menor el número de barreras percibidas para una conducta específica de salud.
6. El afecto positivo hacia una conducta produce una mayor autoeficacia percibida.
7. Cuando las emociones o afectos positivos se asocian con una conducta, la probabilidad del compromiso con el plan de acción se incrementan.

8. Las personas tienen más probabilidad de compromiso y adoptar conductas promotoras de salud, cuando otros modelos de conductas significantes suponen que la conducta ocurra y se proporcione asistencia y apoyo que permitan la conducta.
9. Las familias, amigos o pares y proveedores de cuidado de la salud son importantes fuentes de influencia interpersonal que pueden incrementar o disminuir el compromiso y la participación en la conducta promotora de salud.
10. Las influencias situacionales y el ambiente externo pueden incrementar o disminuir el compromiso a la participación en la conducta promotora de salud.
11. Un gran compromiso con un plan de acción específico, incrementa la probabilidad de que la conducta promotora de salud sea duradera.
12. El compromiso con un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada cuando las demandas compiten sobre las cuales las personas tienen poco control o requieren de atención inmediata.
13. El compromiso con un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada, cuando otras acciones son más atractivas y por lo tanto preferibles que la conducta objetivo.
14. Las personas pueden modificar las cogniciones, afectos, las influencias interpersonales e influencias situacionales para crear incentivos para la conducta promotora de salud.

De acuerdo con las proposiciones señaladas anteriormente, se reconoce la necesidad de partir de modelos o teorías para explicar la conducta promotora de salud (no consumo de alcohol); por tal motivo se consideró el MPS para conocer los factores que explican la conducta de no consumo de alcohol, con la finalidad de que en un futuro este modelo sea la base para el desarrollo de intervenciones de enfermería (Figura 1).

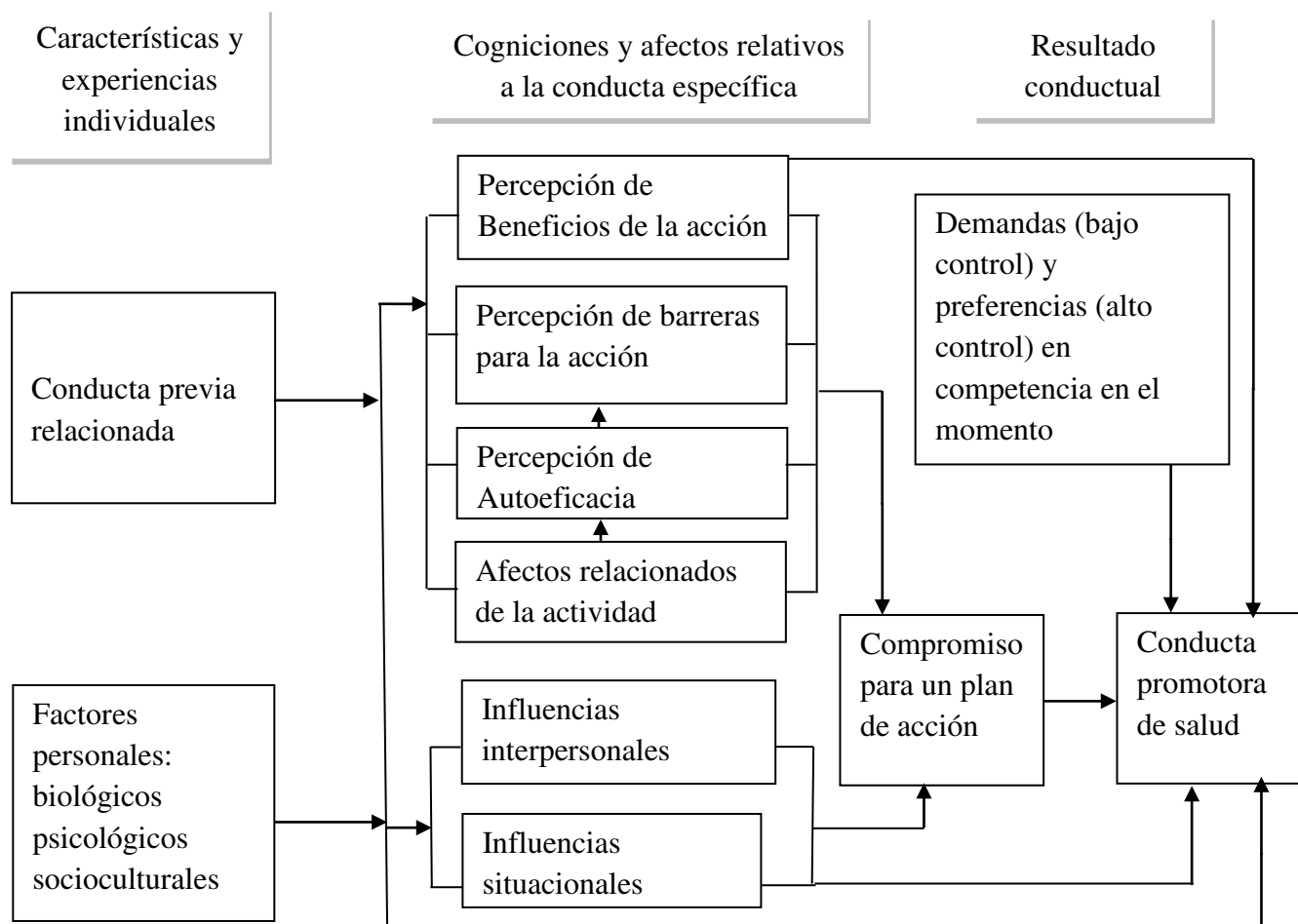


Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud, Nola J. Pender (2014), Teoría Madre.

Derivación de Propositiones

Para realizar la derivación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender a Modelo de Promoción de la Salud para el no Consumo de Alcohol en niños de 5° y 6° año de primaria y de adolescentes de secundaria, se realizó la presente derivación de proposiciones o declaraciones, la cual es una estrategia construida por los autores Maccia y Maccia (1966) con la finalidad de desarrollar declaraciones acerca de un fenómeno de interés, a través del uso de analogías entre dos campos de conocimiento. En relación a la derivación de declaraciones, un enunciado se refiere a una sentencia

declarativa acerca de un concepto o sobre la relación entre dos o más conceptos. De esta manera, una proposición de un campo de conocimiento es empleada para dar origen a otra en otro campo, compartiendo estructura o contenido similar o en común (Walker & Avant, 2011).

La derivación de proposiciones es de utilidad cuando una o más declaraciones acerca de un fenómeno no son bien comprendidas, por lo que es una herramienta relevante para conocer de qué manera se relacionan dos o más conceptos, o para derivar un conjunto de ideas que pueden integrarse como un modelo teórico. El proceso de derivación se realiza en el plano del contenido y en el plano estructural. La derivación del contenido consiste en seleccionar los conceptos con base en sus características definitorias para que puedan ser incluidos en un nuevo enunciado, así como la construcción de una nueva definición conceptual de acuerdo al fenómeno de estudio de interés. La derivación de estructura implica especificar la relación que existe entre los términos o conceptos (Walker & Avant, 2011).

Los procesos de derivación no se realizan de forma mecánica sino interactiva, las autoras Walker y Avant (2011) distinguen cinco pasos, los cuales fueron realizados en el presente estudio:

1. Desarrollar el conocimiento del nivel de desarrollo de la teoría de enfermería. Se han realizado búsquedas exhaustivas de la evidencia existente sobre las variables de interés: conducta previa relacionada al consumo de alcohol, factores personales (edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima), autoeficacia percibida, influencias interpersonales e influencias situacionales, para la conducta promotora de salud no consumo de alcohol y la evidencia científica de la relación entre estas variables. La búsqueda se realizó en las bases de datos digitales reconocidas como EBSCO, CINAHL, Springer, Dialnet, Ovid, Medline, Scielo, con la finalidad de encontrar evidencia científica de índole nacional e internacional. Los buscadores de descriptores en Ciencias

de la Salud utilizados fueron, para el idioma inglés, en Medical Subject Headings (MeSH) y para el español en Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

Los conceptos fueron: Adolescent, Adolescence, Adolescents, Adolescents Female, Adolescents Male, Teenagers, Teens, Youth, Minors; Niño, Child; Religiosidad, Religiosity; Autoeficacia, Self efficacy; No consumo de alcohol, Not drinking, Abstainer; Autoestima, Self Esteem; Barrio, Neighborhood; Historia Familiar de Consumo, Family History of alcoholism; Resistencia a la Presión de los Amigos, Resistance to Peer Pressure.

2. Lectura extensa en otros campos con el fin de identificar posibles teorías a utilizar como la fuente de derivación. La revisión de la evidencia científica confirmó que las variables de interés se han estudiado desde la perspectiva psicológica y social . Sin embargo, las proposiciones de un Modelo de Enfermería como es el Modelo de Promoción de la Salud puede ofrecer una visión conjunta del fenómeno de estudio ya que se busca explicar una conducta promotora de salud con una visión holística. En este sentido se han encontrado estudios que describen las relaciones entre los factores personales (biológicos, socioculturales y psicológicos) con la conducta de no consumo de alcohol; la autoeficacia percibida del no consumo de alcohol; las influencias interpersonales y situacionales y el no consumo de alcohol, así como la conducta previa relacionada y el no consumo de alcohol.

3. La selección de las teorías de la fuente de derivación. Se ha seleccionado el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender; éste es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud, integra la ciencia de enfermería en la conducta, identifica los factores que influyen en el comportamiento saludable, además de ser una guía para explorar el proceso biopsicosocial que motiva a las personas a involucrarse en conductas de salud.

4. La identificación de la relación estructural y contenido de la fuente teórica. El motivo de la selección de estas proposiciones fue realizada en un primer momento por la

relación estructural de sus conceptos y posteriormente, se derivó el contenido a los nuevos conceptos, de forma que fueran congruentes con las características conceptuales de los términos de la teoría de origen. En este paso serán utilizadas cuatro proposiciones del MPS, derivadas de la evidencia científica encontrada:

- 1) La experiencia previa relacionada, lo heredado y las características adquiridas influyen en las creencias, cogniciones y afectos específicos de la conducta promotora de salud.
- 2) La competencia percibida o la autoeficacia para ejecutar una conducta incrementa la probabilidad de compromiso con el plan de acción y el mantenimiento de la conducta.
- 3) Las familias, amigos o pares y proveedores de cuidado de la salud son importantes fuentes de influencia interpersonal que pueden incrementar o disminuir el compromiso y la participación en la conducta promotora de salud.
- 4) Las personas pueden modificar las cogniciones, afectos, las influencias interpersonales e influencias situacionales para crear incentivos para la conducta promotora de salud.

5. Modificación de los contenidos y estructura para su aplicación al concepto de no consumo de alcohol. Se desarrollaron proposiciones a través de la teoría madre. Se crearon las proposiciones con base en las características estructurales y se establece el contenido de las proposiciones apoyándose en la literatura científica.

La conducta previa se refiere al número de niños de primaria y adolescentes de secundaria que reportaron no haber consumido alcohol o haberlo hecho sólo alguna vez en la vida.

Los factores personales se dividen en biológicos, psicológicos y socioculturales. Los factores biológicos que se indagarán en el presente estudio serán la edad y el sexo. La edad se ha definido como los años cumplidos que tiene el niño y el adolescente desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista, dato que será expresado por el

participante; para este estudio sexo son las características biológicas de los niños y adolescentes para denominarlos como hombres y mujeres.

El autoestima, es un factor personal psicológico que se definió como el valor positivo o negativo que el niño o adolescente otorga a la imagen que tiene de sí mismo.

Los factores personales socioculturales que se indagarán en los niños y adolescentes son la escolaridad, la ocupación y la religiosidad, que se han definido como:

Escolaridad, es el año escolar cursado en el que el niño y el adolescente se encontraba asistiendo en la escuela, primaria o secundaria. Ocupación, es el trabajo, labor o quehacer al que se dedica el niño y el adolescente adicional a sus estudios. La religiosidad se refiere a las creencias, prácticas y rituales que el niño y el adolescente adquiere y practica con base en la religión que profesa.

Las cogniciones y afectos específicos de la conducta que se indagarán en este estudio son la autoeficacia, las influencias interpersonales y las influencias situacionales.

La autoeficacia se consideró como la confianza que tiene el niño y adolescente de su habilidad para no beber en situaciones particulares (sociales o emocionales); las influencias interpersonales tienen como fuentes principales a la familia y los grupos de iguales. Para este estudio se tomarán las influencias de pares como la resistencia a la presión de amigos, la cual se reconceptualizó como la habilidad de los niños de 5º y 6º año de primaria y de los adolescentes de 1ero, 2do. y 3ero año de secundaria, de resistir el consumo de alcohol aun cuando existe presión por parte de sus amigos.

La influencia familiar se considerará como la historia familiar de consumo por el padre o la madre del niño o adolescente en términos de historia familiar negativa (padres abstemios o consumo ocasional) es decir aquellos que no consumieron nunca o que presentan un consumo poco frecuente de alcohol.

Las influencias situacionales son los escenarios que rodean al niño y al adolescente, como el barrio o vecindario donde reside, el cual se ha denominado en este estudio como valoración del barrio que se refiere a la percepción que niños y adolescentes tienen de

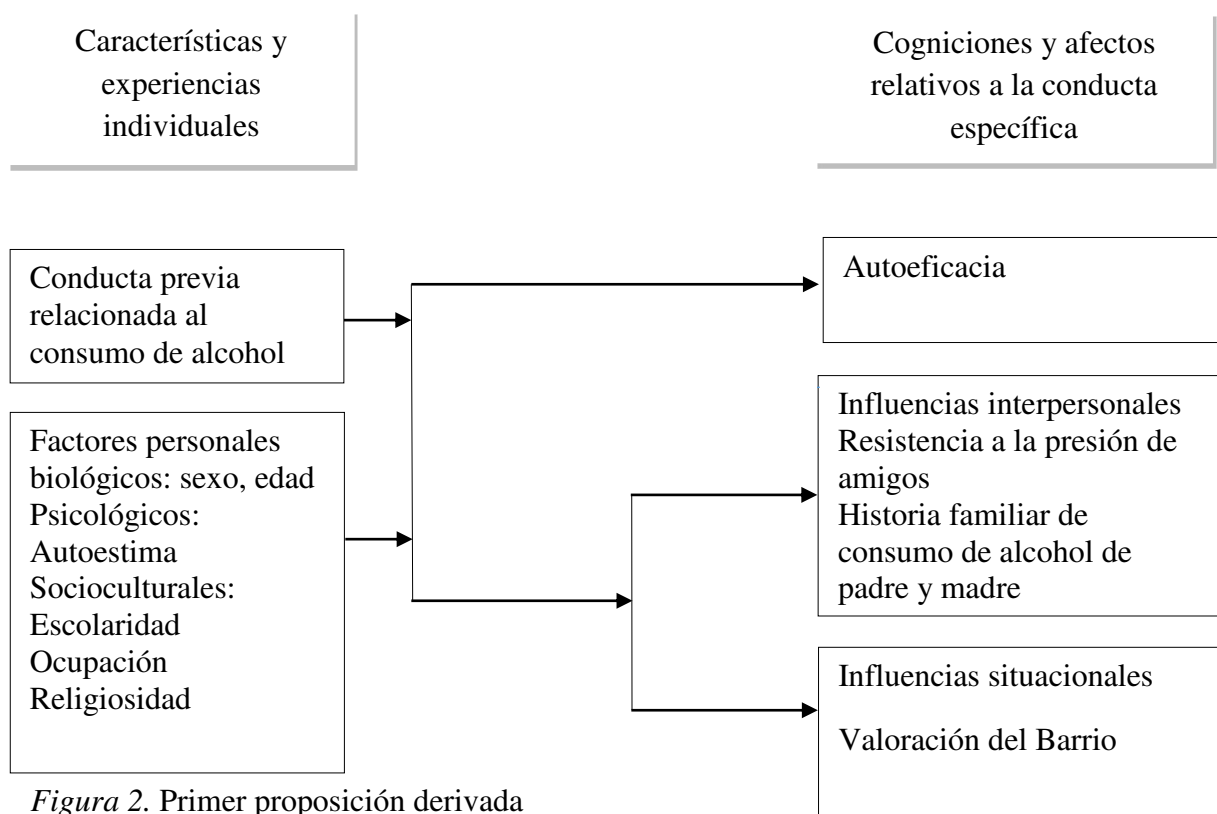
diferentes factores del vecindario en el que residen y que influyen en el no consumo de alcohol. El compromiso para un plan de acción se determina por las estrategias específicas utilizadas por los niños y adolescentes para mantenerse en la conducta de no consumo de alcohol.

La conducta promotora de salud está integrada a un estilo de vida saludable, es decir la conducta de no consumo de alcohol se refiere en este estudio al número de niños de primaria y adolescentes de secundaria que jamás consumieron ni una sola bebida alcohólica estándar (abstemios de toda la vida) denominados como abstemios (OPS, 2015).

A este respecto los conceptos que se indagarán, se han derivado de la teoría y la evidencia científica basados en las siguientes proposiciones de acuerdo a la temática del estudio:

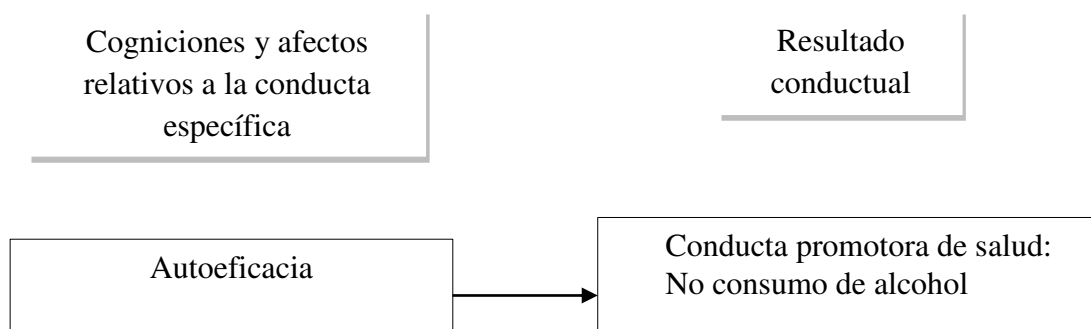
- 1. La experiencia previa relacionada, influye en las cogniciones y afectos específicos de la conducta promotora de salud.*

La conducta previa relacionada, los factores personales biológicos (sexo y edad), psicológicos (autoestima) y socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) influyen en la autoeficacia para el no consumo de alcohol, las influencias interpersonales y las influencias situacionales.



2. *La autoeficacia para ejecutar una conducta, incrementa la probabilidad de compromiso con el plan de acción y el mantenimiento de la conducta.*

La autoeficacia se asocia con la conducta de no consumo de alcohol.



3. *Las familias, los amigos o pares son importantes fuentes de influencia interpersonal que puede incrementar o disminuir el compromiso y la participación en la conducta promotora de salud.*

Las influencias interpersonales (la resistencia a la presión de los amigos y la historia familiar de consumo de alcohol de Padre y Madre) influyen en la conducta de no consumo de alcohol.

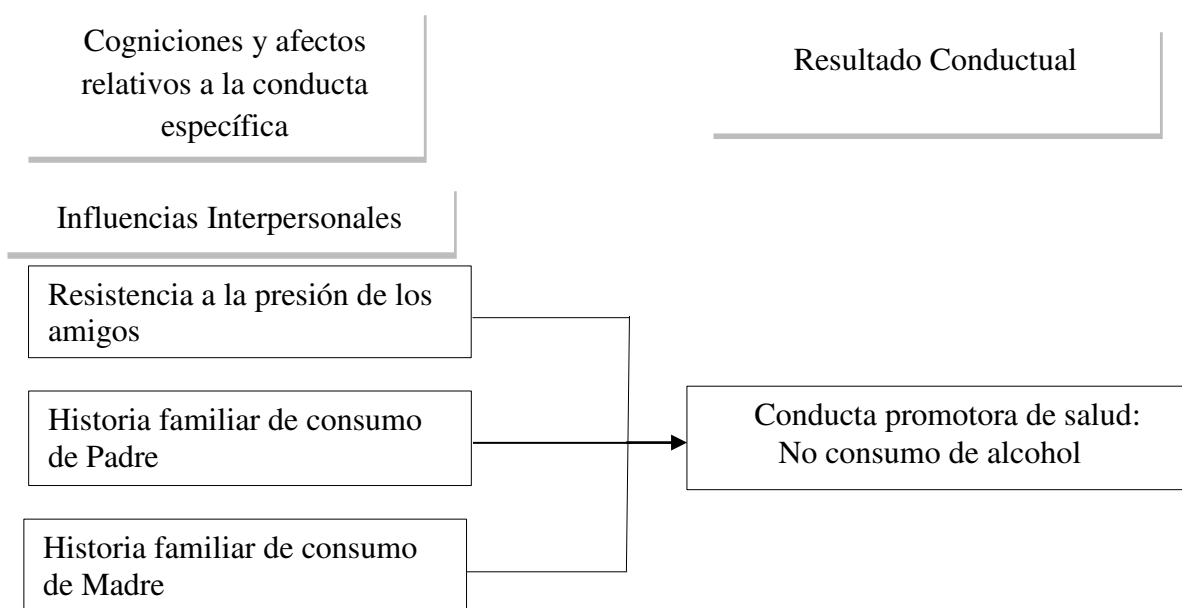


Figura 4. *Tercer proposición derivada*

4. *Las personas pueden influir en las cogniciones, afectos, las influencias interpersonales e influencias situacionales para crear incentivos para la conducta promotora de salud.*

La autoeficacia y las influencias interpersonales e influencias situacionales, influyen en la conducta de no consumo de alcohol.

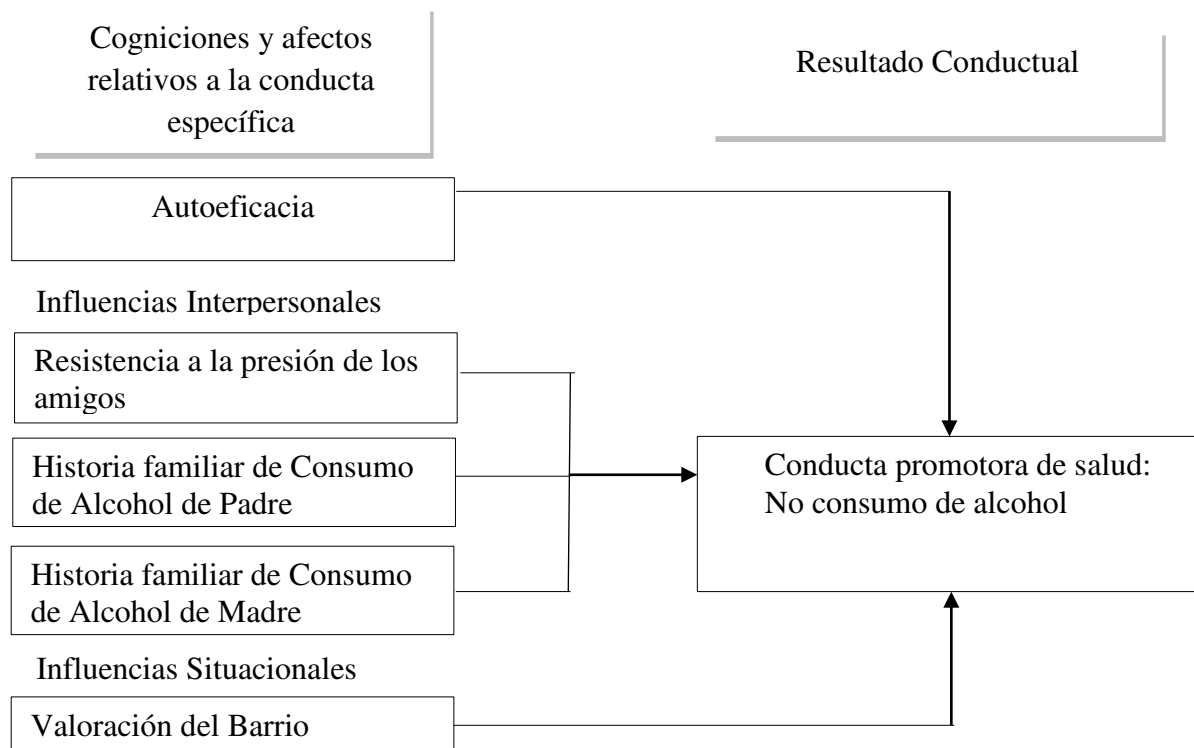


Figura 5. Cuarta proposición derivada

De acuerdo con lo anterior, se realiza la propuesta del Modelo de Promoción de la Salud para el No Consumo de Alcohol en niños de 5to. y 6to. año de primaria y adolescentes de secundaria (figura 6).

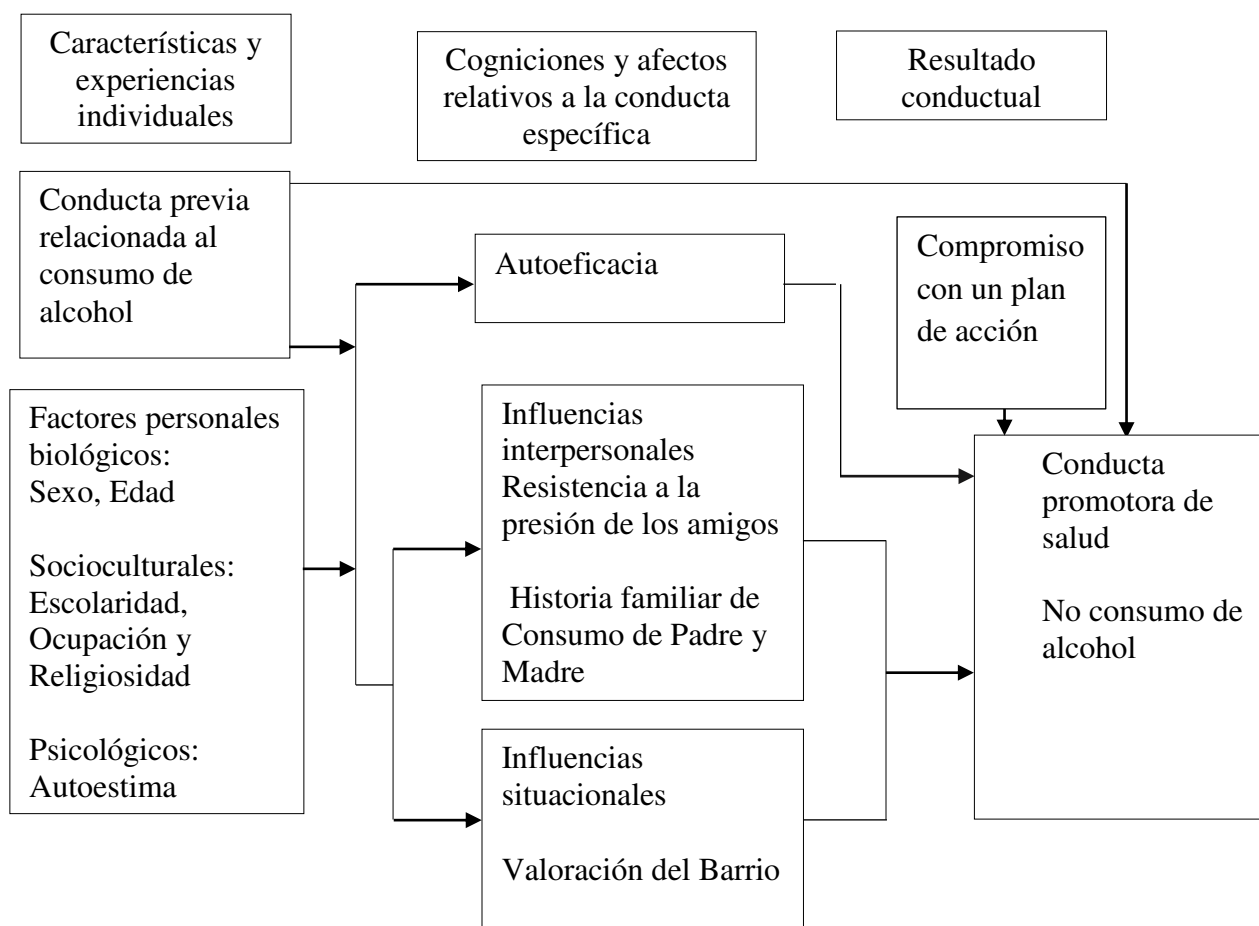


Figura 6. Modelo de no consumo de alcohol en niños de primaria y adolescentes de secundaria

Al respecto, las definiciones teóricas y la evidencia empírica encontrada para apoyar los factores propuestos es la siguiente:

Reconceptualización

Conducta previa relacionada al consumo de alcohol

Este factor indica con frecuencia que el mejor predictor de la conducta es la frecuencia de la misma conducta o conductas similares en el pasado. Se propone que tiene efectos tanto directos como indirectos en la probabilidad de realizar las conductas promotoras de la salud.

La evidencia científica indica que el inicio del consumo de alcohol se presenta con la experimentación de dicha sustancia y ocurre frecuentemente durante la niñez o

adolescencia. Los patrones de consumo son dinámicos y evolucionan, pudiendo conducir a un consumo exento de riesgo o a un problema de adicción o abuso (Molina, 2013). McDonald (1984), establece un diseño en cinco etapas, considerado clásico en el proceso de inicio, consumo y adicción. Etapa 0: consumo experimental (curiosidad), Etapa 1: consumo ocasional (aprendizaje), Etapa 2: consumo circunstancial (búsqueda de estados de ánimo), Etapa 3: consumo habitual (dependencia), Etapa 4: consumo adictivo (destrucción).

Se considera que en las dos primeras etapas, las posibilidades de recuperación o regreso a la conducta de no consumo son mayores, cuanto antes se intervenga en su sucesión. La primera etapa se refiere al consumo experimental. Una primera experiencia puede estar justificada simplemente por las propias características de la personalidad del niño o adolescente (González, Fernández & Secades, 2004).

La experimentación consiste en probar al menos una vez en la vida el alcohol (Pilatti, Godoy, & Brussino, 2011). Para este estudio la conducta previa se refirió al consumo experimental de alcohol, definido como el primer consumo de alcohol que refiere el niño o adolescente y la edad en que ocurrió esta primera experiencia; se midió a través de la prevalencia alguna vez en la vida y con la Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDPCA).

Factores personales.

Los factores personales relevantes que predicen una conducta dada son explicados por la naturaleza de la conducta objetivo, en el MPS los factores personales se clasifican como: biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores personales predicen una conducta dada. Los factores personales biológicos incluyen variables tales como la edad y el sexo; los factores personales socioculturales incluyen variables tales como la escolaridad, ocupación y la religiosidad, los factores personales psicológicos pueden incluir variables tales como el autoestima (Pender, 2014).

Los factores personales que se incluyen en el presente estudio se considera que son relevantes para la explicación o predicción de la conducta promotora de salud de no consumo de alcohol. En relación al sexo, las investigaciones señalaron que las mujeres consumieron menos respecto a los hombres (Contreras et al., 2011; Tsoumakas et al., 2014; González, Hernández, Bravo & López, 2012; Palacios, 2012; Gatta et al., 2014). Para este estudio el sexo se definió como la característica biológica que identifica al niño o adolescente como hombre y mujer, este concepto se midió con la CDPCA.

De acuerdo a la edad de inicio del consumo de alcohol, la EENMMS (2005) reporta que retardar el inicio temprano del consumo de alcohol, principalmente antes de los 13 años disminuye las probabilidades de consumir otras drogas. Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010) mencionan que la edad de inicio de consumo precoz es predictora de altos niveles de uso de alcohol y de un posible consumo abusivo o problemático, en la juventud o inicio de la adultez (Hingson, Heeren & Winter, 2006; Krahn, Kurth, Gomberg & Drewnowski, 2005; Santo-Domingo, 2002). El individuo que comienza a beber desde la adolescencia temprana tiene cuatro veces más probabilidad de desarrollar dependencia al alcohol que quien espera hasta la edad adulta para usar alcohol (OPS, 2007).

Con respecto a la edad biológica de los niños y adolescentes, las prevalencias de consumo de alcohol por edad muestran que a mayor edad mayor es el consumo (ENCODE, 2014). Algunas investigaciones encontraron que respecto a la edad, el inicio de consumo de alcohol obtuvo una media de 11.19 años (Cicua, Méndez & Muñoz, 2008) entre los 10 y 14 años con un promedio de 13 años (Morales, Cabrera, Pérez & Amaro, 2015) a los 13.65 años (Palacios, 2012) y en un gran porcentaje (24.1%) entre las edades de 11 a 13 años (Enriquez, Fernández & Rueda, 2017). La edad para este estudio fueron los años cumplidos desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista y fue expresada por el niño o adolescente y se midió con la CDPCA.

Respecto a los factores socioculturales se consideró a la escolaridad, la EENMMS (2005), señaló que algunos autores (Medina-Mora et al., 2003; Medina-Mora et al, 1999 [citado en Villatoro et al. 1999] encontraron que el estar estudiando fue un factor protector contra el consumo de alcohol, por lo que el consumo fue más alto entre los niños y adolescentes que ya no se encontraban estudiando, lo que implica que el dar acceso a la educación a las nuevas generaciones influyó positivamente en el no consumo de alcohol y permitió mejores oportunidades de desarrollo. La escolaridad se refiere en este estudio, al año escolar cursado en el que describió encontrarse el niño o adolescente al momento de la entrevista; la medición de este concepto fue mediante la CDPCA.

En cuanto a la ocupación, diversos estudios señalan que quienes consumían alcohol eran principalmente los adolescentes que trabajaban además de estudiar (Salazar et al., 2010; Rojas, Rodríguez, Zereceda & Otiniano, 2013). La ocupación se definió en el presente estudio como la actividad económica remunerada que realizaba el niño o adolescente y se consideró la condición de estar sólo estudiando, o si estudiaba y trabajaba. En caso de que trabajaran los participantes se clasificaron como: trabajó unas horas, medio tiempo, 8 horas, todos los días, sólo algunos días, sólo el fin de semana; la variable antes descrita se midió con la CDPCA.

La religión es un constructo multidimensional que incluye creencias, comportamientos, rituales y ceremonias que se llevan a cabo o son practicadas en ámbitos privados o públicos, pero en cierto modo se derivan de tradiciones establecidas que se desarrollaron a través del tiempo dentro de una comunidad (Koenig, 2012). La religiosidad es ampliamente reconocida por los investigadores de la religión-salud como expresión primaria de la implicación religiosa (Koenig & Futterman, 1995) y se divide en tres dimensiones principales: La Actividad Religiosa Organizacional (ORA), que consiste en actividades religiosas públicas; la Actividad Religiosa no-organizacional (NORA) que consiste en las actividades religiosas realizadas en privado y la

Religiosidad Intrínseca (IR) que evalúa el grado de compromiso religioso personal o motivación (Koenig et al. 1997).

Roehlkepartian, Ebstyne, Wagener y Benson (2006) describen que entre los siete y los doce años se desarrolla la fe mítica-literal, donde el mundo se comprende de forma lineal y predecible; se piensa en Dios como un padre o una autoridad firme, protectora y justa. Los niños creen en un patrón de justicia cósmica: la bondad se recompensa y la maldad se castiga.

En este sentido diversos estudios señalan que la religiosidad disminuye la probabilidad de inicio y del consumo de alcohol, además la probabilidad es menor entre los niños y jóvenes cuya religión prohíbe el consumo del alcohol (Ford & Kadushin, 2002; Bartkowski & Xu, 2007; Chen, Dormitzer, Bejarano, & Anthony, 2004).

De igual manera, la asistencia a la iglesia, las prácticas religiosas de tipo individual, la importancia que los jóvenes asignan a la religión en su vida y la creencia en Dios se han asociado con una disminución en el riesgo de consumir, abusar o presentar dependencia del alcohol (Ford & Kadushin, 2002; Chen et al., 2004; Bartkowski & Xu, 2007; Bezerra et al., 2009; Hope & Cook, 2010; Johnson, Sheets, & Kristeller, 2008; Sinha, Cnaan, & Gelles, 2007) la religiosidad se definió como las creencias, prácticas, rituales y actividades religiosas públicas, privadas y el compromiso religioso que realizó el niño o adolescente; este concepto fue medido con el Índice de religiosidad de Duke (IRD o DUREL).

En relación al factor personal psicológico autoestima, el autor Rosenberg (1962) señaló que el autoestima positiva se presenta cuando el individuo se respeta y estima, es decir cuando el sujeto reconoce sus capacidades y sus limitaciones esperando mejorar; por otra parte, la baja autoestima implica insatisfacción y descontento consigo mismo, incluso el individuo puede llegar a sentir desprecio y rechazo de sí mismo.

Los resultados de diversas investigaciones mostraron que los no usuarios de alcohol presentaban mayores niveles de autoestima (Wu, Wong, Shek & Loke, 2014) también

que los adolescentes con alta autoestima eran menos influenciados por sus pares en el abuso de sustancias (Uba, Nor, Abu, Abdullah, & Mofrad, 2013). El autoestima, se definió como el valor que el niño o adolescente otorgó a la imagen que tenía de sí mismo, fue la actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: el sí mismo; el autoestima se refiere a la valoración positiva o negativa que indica el niño o adolescente de sí mismo en función a su estructura familiar, contexto social, identidad personal, autonomía, motivación y emociones (Ruiz, 2003); fue medido con el Test de Autoestima para Escolares (TAE).

Cogniciones y afectos específicos de la conducta.

Comprende un conjunto de conceptos que se consideran centrales del modelo y son considerados de mayor significancia motivacional, en el presente estudio se retomarán tres: la autoeficacia, las influencias interpersonales y las influencias situacionales, como conceptos relevantes derivados de la evidencia empírica.

La autoeficacia, de acuerdo a Bandura (2006), es el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar un curso particular de acción. También se ha definido como la confianza del niño o adolescente en su habilidad para resistir la tentación del consumo de alcohol en diferentes situaciones sociales sin necesidad de consumir alcohol, ya sea bajo presión social, alivio emocional, o cuando se le presenta la oportunidad de consumo (Young, Hasking, Oei & Loveday 2007; Connor, George, Gullo, Kelly & Young, 2011). Se encontró que la autoeficacia fue una variable protectora para el no consumo del alcohol (López, Peralta, Muñoz & Godoy, 2003), también que la autoeficacia de los adolescentes para rechazar la bebida se correlacionó negativamente con la frecuencia y cantidad consumida de alcohol (Castillo, 2009). Este concepto fue medido con el Cuestionario de Autoeficacia para resistir el Alcohol (DRSEQ-RA).

Las influencias interpersonales de acuerdo al MPS, son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de otros. Las fuentes principales de influencia interpersonal en las conductas promotoras de la salud son las familias (padres o

hermanos), los iguales y los proveedores de atención de la salud (Pender, 2014). Las influencias interpersonales incluyen el modelado (aprendizaje sustituto a través de la observación de otros realizando una conducta en particular). Se ha demostrado que este proceso interpersonal afecta la predisposición de los individuos para realizar conductas promotoras de salud.

Las influencias interpersonales afectan la conducta promotora de salud directamente así como indirectamente a través de las presiones sociales o estímulos para comprometerse en un plan de acción. La resistencia a la presión de los amigos con relación al consumo de alcohol, es definida como el rechazo del niño o adolescente a consumir alcohol cuando no lo desea aunque lo presionen sus amigos (Sánchez-Xicotencatl et al., 2013) ésta mide la habilidad que tiene el niño o adolescente para rechazar el consumo de alcohol cuando no desea consumir pero se siente presionado por los amigos para hacerlo.

Aceptar o rechazar el consumo de alcohol puede estar vinculado con factores que engloban al propio individuo y sus características personales, así como el contexto en el que se desarrolla, sin embargo, es innegable la presión del grupo de amigos sobre el consumo de alcohol, ya que en esta etapa los adolescentes son altamente influenciables, especialmente en el momento de convivir en grupo, debido a que buscan ser reconocidos y aceptados así como crear interrelación e interdependencia con los grupos sociales de referencia, lo que coadyuva en la consolidación de la identidad y el sentido de pertenencia (Andrade, Yepes, & Sabogal, 2012).

Se ha demostrado que la habilidad de resistencia a la presión de los amigos es un factor que protege al individuo del consumo de alcohol, es decir, que los niños y adolescentes no consumidores de alcohol poseen un mayor nivel de habilidad de resistencia a la presión que los adolescentes con un consumo frecuente de alcohol (Sánchez-Xicotencatl et al., 2013; Andrade, Pérez, Alfaro, Sánchez & López, 2009; Epstein & Botvin, 2008; Epstein, Zhou, Bang & Botvin 2007). Las actuaciones

preventivas deben desarrollar habilidades entre niños y adolescentes que les permitan soportar la presión social y del grupo de amigos con el fin de conseguir una actitud de rechazo frente al alcohol presente en el entorno (Paniagua, García, Castellano, Sarrallé, & Redondo, 2001).

Resistir la presión que los amigos ejercen sobre el niño y el adolescente para que éste consuma, le implica poner en juego un grupo de habilidades como decir no ante el ofrecimiento, expresar su desacuerdo ante las situaciones que se tornan obligantes, manejar las burlas y ofensas; así como mostrar su capacidad para decidir de manera autónoma más allá de las exigencias de los otros (Londoño, 2007); esta variable será medida a través de la Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol (ERPA).

Las influencias interpersonales también se transmiten por los padres, lo que puede disminuir el riesgo de que sus hijos se inicien de manera temprana en el uso del alcohol, además disminuye las probabilidades de que desarrollen modalidades abusivas de consumo de esta sustancia (De Lellis, Duffy, & Sceppacueria, 2014). Se considera que la historia familiar es el modelado que puede afectar la predisposición del niño o adolescente para realizar una conducta promotora de salud.

La historia familiar de consumo es definida como el patrón de consumo de alcohol en el padre o la madre del niño o adolescente, específicamente, referentes a la frecuencia de uso, episodios de intoxicación y consumo de alcohol en presencia del niño o adolescente. Se considera historia familiar de consumo negativa cuando el entrevistado notifica haber vivido con padre o madre abstemios o cuyo consumo era ocasional, es decir se consideran abstemios a las personas que reportaron no consumir bebidas alcohólicas o hacerlo con una frecuencia menor de una vez al año. La historia familiar de consumo positiva se determinó como consumo frecuente y consuetudinario de los padres (Natera-Rey, Borges, Medina-Mora, Solís-Rojas, & Tiburcio-Sainz, 2001) y se

midió con el Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol (IHFCA). En el presente estudio se usó sólo la historia familiar negativa.

Las influencias situacionales o circunstanciales, son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud (Pender, 2014) y pueden ser los escenarios que rodean al niño y al adolescente, como el barrio o vecindario donde reside, el cual supone una influencia externa.

Se ha encontrado que el barrio contribuye a la conducta de consumo o no consumo de alcohol (Oliva et al., 2012). Los activos del barrio se derivan del concepto activos para el desarrollo, para hacer referencia a aquellos recursos personales, familiares, escolares o comunitarios que promueven la competencia y el desarrollo adolescente y a su vez, previenen la aparición de problemas. En este estudio se evaluó la percepción del escenario o comunidad donde vivía el niño o adolescente de acuerdo al apoyo, apego, seguridad, control social y actividades que existían en el barrio. Las influencias situacionales se midieron a través de la Escala de Valoración del Barrio (EVB).

Resultado conductual.

Compromiso para un plan de acción.

El modelo de Nola Pender (Pender et al., 2014) enmarca en el tercer constructo llamado resultado conductual, el Compromiso Para un Plan de Acción, que se refiere a la identificación de estrategias específicas planificadas que impulsarán al individuo hacia la acción, para llevar a cabo y reforzar el comportamiento y la implantación de una conducta de salud.

El concepto compromiso para un plan de acción, se refiere a los procesos cognoscitivos que incluyen el compromiso para una acción específica e identificación de estrategias definitivas de acuerdo mutuo, para que el compromiso dé buenos resultados

en la conducta de salud. Éstas afectan directamente la probabilidad de aparición de la conducta de salud, así como moderan los efectos del compromiso.

Para este estudio, el compromiso para un plan de acción fueron las acciones o estrategias específicas que realizó el niño o adolescente para mantenerse en la conducta de no consumo de alcohol, sin embargo no se encontró ningún instrumento cuantitativo para medir este concepto. A partir de este concepto se pudo establecer que los datos se obtendrían sin realizar procedimientos estadísticos, a partir de una aproximación cualitativa, con el fin de descubrir conceptos y relaciones con los datos brutos y posteriormente organizarlos en un esquema explicativo.

Basados también en la teoría fundamentada, cuyos antecedentes establecen la necesidad de salir al campo y descubrir lo que sucede en la realidad, al considerar que las personas adoptan un papel activo al responder a situaciones problemáticas y que actúan con una intención (Strauss & Corbin, 2002); método que se consideró adecuado para conocer las estrategias o acciones específicas que el niño o adolescente realiza para mantenerse en la conducta de no consumo de alcohol.

Conducta promotora de salud.

La conducta promotora de salud está básicamente dirigida al logro de resultados de salud positivos para el cliente. Las conductas promotoras de salud, particularmente cuando están integradas a un estilo de vida saludable que impregna todos los aspectos de la existencia, dan como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida (Pender et al., 2014). Es el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

La conducta promotora de salud, de acuerdo a este estudio, se refirió al logro de resultados de los niños y adolescentes para que presentaran una conducta de no consumo de alcohol.

Se tomó como conducta promotora a aquellos niños y adolescentes que señalaron la siguiente conducta:

No consumo de alcohol: Niño o adolescente que jamás consumió ni una sola bebida alcohólica estándar.

El resultado conductual de no consumo de alcohol se midió a través de la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida y en el último año.

Esta variable también se midió con las preguntas 5 y 6 del CDPCA. La pregunta cinco indaga ¿Has tenido algún tipo de experimentación con el consumo de alcohol? La primera respuesta es no, nunca, con lo que se consideró la conducta de abstemio. La pregunta seis menciona ¿A los cuántos años tuviste tu primera experimentación con el consumo de alcohol?, la primera respuesta es no, nunca. Con estas repuestas se trató de confirmar la conducta promotora de salud.

La conducta promotora es el resultado conductual del no consumo de alcohol. Respecto al alcohol se destaca que el etanol o alcohol etílico es la sustancia fundamental que contienen las bebidas alcohólicas, es un líquido incoloro inflamable que se obtiene por medio de la fermentación natural o la destilación. La OMS (1994) refiere que el alcohol (etanol) se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%.

El alcohol es considerado una droga de carácter legal; su consumo en pequeñas cantidades genera una sensación de relajación y un estado de ánimo placentero; en dosis mayores produce embriaguez caracterizada por alteraciones en el comportamiento, el razonamiento y la capacidad perceptiva. Si la depresión del sistema nervioso es intensa, puede llegar a generar un coma etílico.

Además de los efectos sociales de su consumo, la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo excesivo y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos.

Además la NOM-28-SSA2-1999 refiere que una bebida alcohólica es aquella sustancia adictiva que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta un 55%

en volumen. Se considera una copa o bebida estándar a una cerveza de 12 onzas ó 5 onzas de vino ó 1.5 onzas de destilados. Cada una de estas bebidas contienen aproximadamente la misma cantidad de alcohol, que es 0.5 onzas, es decir, entre 10 y 12 gramos de etanol.

La OMS en colaboración con Babor, Kranzler & Lauerman (1989) desarrollaron mediciones que permitieron conocer el tipo de consumo de alcohol, los cuales fueron adaptados para la población mexicana por De la Fuente et al. (1992) y clasificaron el consumo de alcohol en tres tipos de consumo, consumo sensato, dependiente y dañino. El consumo sensato (sin riesgo) se refiere al patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás siendo el consumo para el sexo masculino hasta cuatro bebidas estándar no más de tres veces por semana y dos bebidas no más de tres veces por semana para las mujeres. Sin embargo, en los menores de edad cualquier cantidad de consumo de alcohol es considerado como consumo de alto riesgo.

El consumo dependiente se refiere a aquél consumo de alcohol de cuatro a nueve bebidas por ocasión en el sexo masculino y de tres a cinco bebidas por ocasión en el sexo femenino y que produce consecuencias para la salud física y mental, además de haber dejado de realizar alguna actividad cotidiana causada por el consumo de alcohol, perder el control sobre el consumo de alcohol y aumento de la relevancia en el consumo matutino.

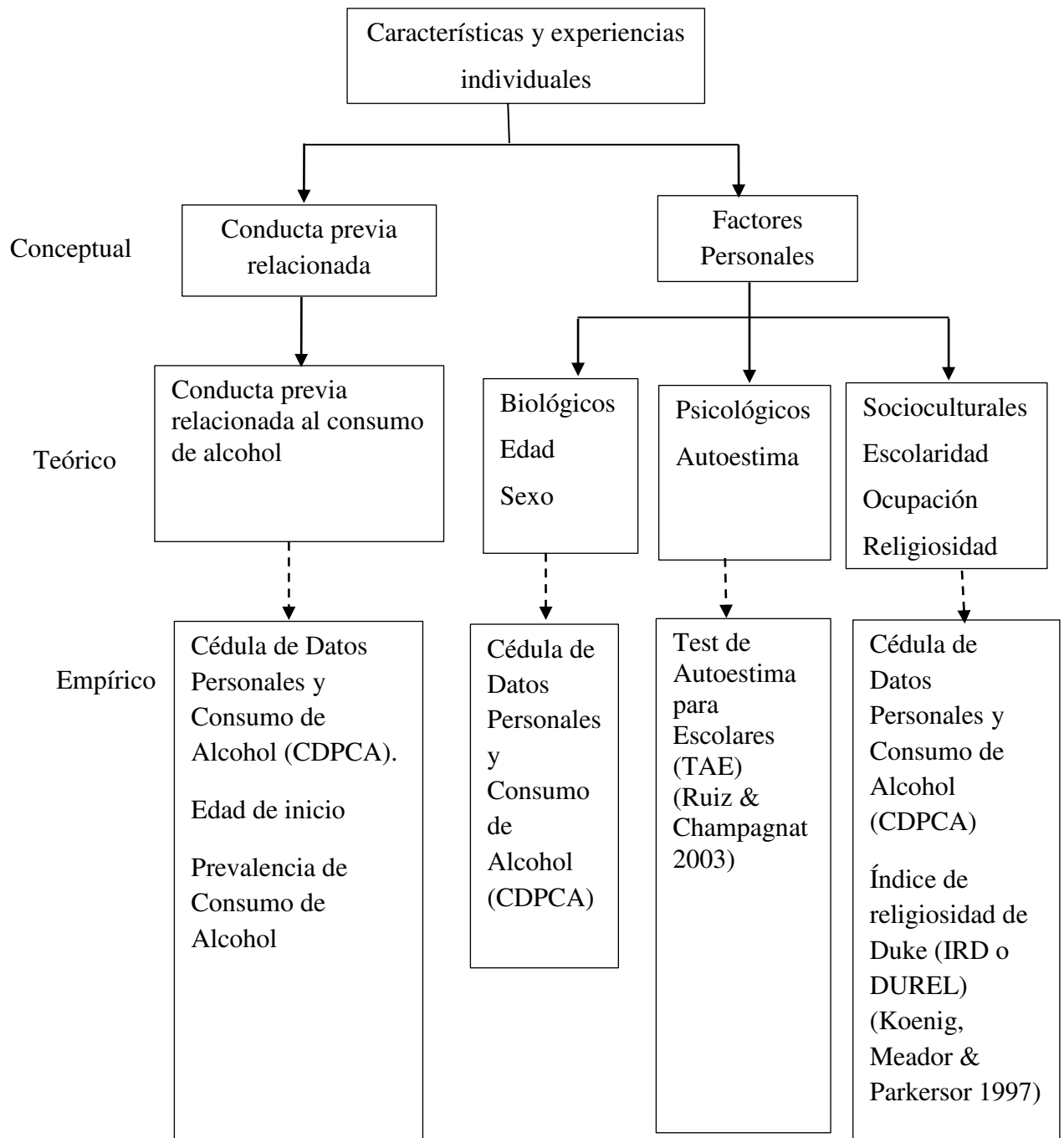
El consumo dañino, es un conjunto de consecuencias conductuales, cognitivas y fisiológicas que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol, el cual ocurre al consumir en un día típico 10 o más bebidas por el sexo masculino y de seis o más bebidas por el sexo femenino, además de que algún familiar o personal de salud le haya manifestado su preocupación por la forma en que consume alcohol. Estas consecuencias frecuentemente incluyen sentimientos de culpabilidad posteriores al día que se consumió alcohol, lapsos de olvido de las actividades que se realizaron al

momento en que se consumía alcohol y lesiones físicas en el consumidor o en terceras personas.

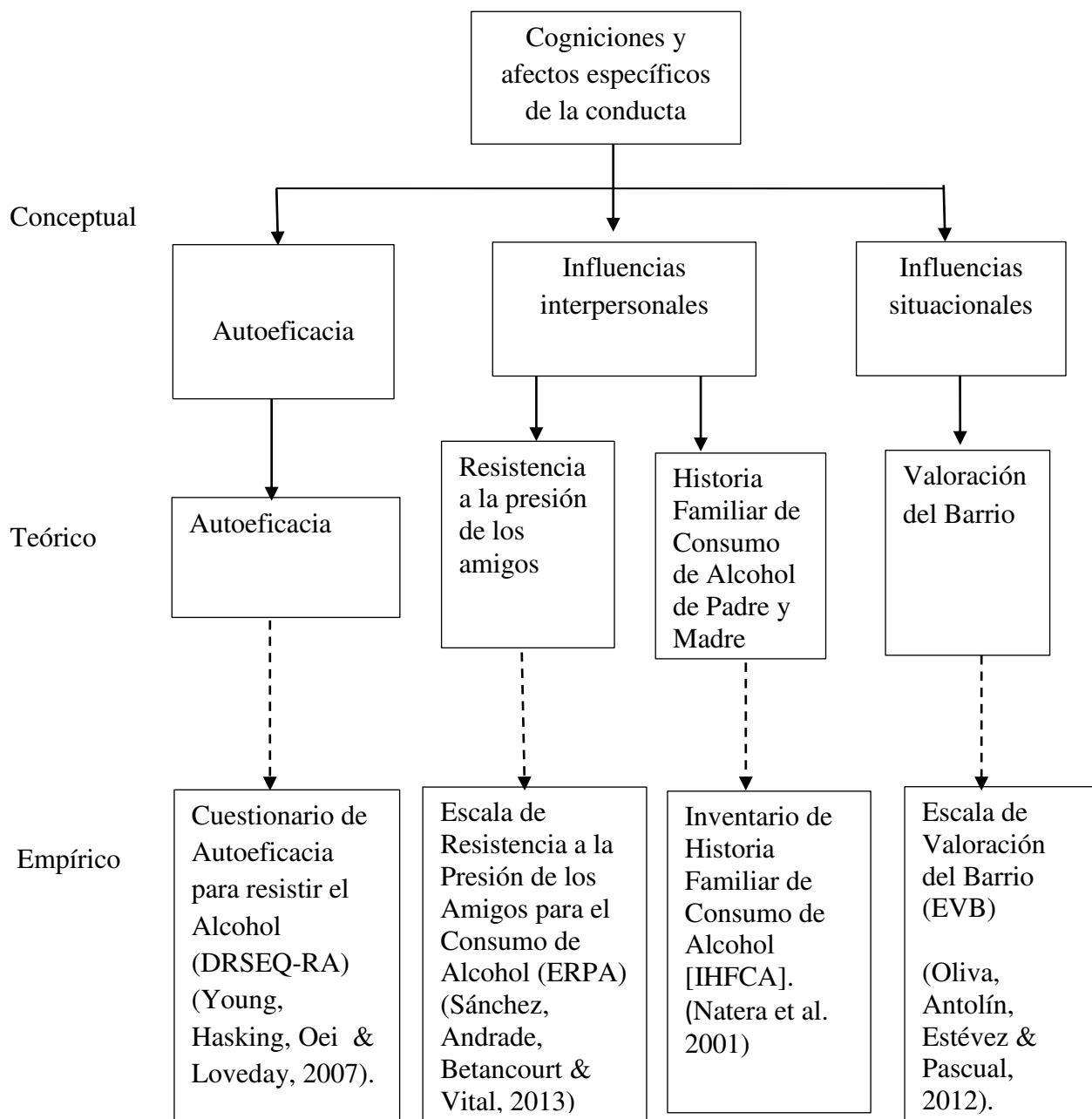
La frecuencia del consumo del alcohol se mide a través de la prevalencia, la cual implica hacer un recuento de casos en una población determinada expuesta al riesgo. Los datos de prevalencia son útiles cuando se convierten en tasas y se calcula dividiendo el número de casos por la población correspondiente expuesta al riesgo y se expresa en casos por 100 personas (Bonita, Beaglehole & Kjellstrom, 2008). Siendo clasificada en cuatro tipos, la prevalencia global, es el número de personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida, la prevalencia lápsica se refiere a el número de personas que han consumido alcohol en el último año, la prevalencia actual es el número de personas que han consumido alcohol en el último mes y la prevalencia instantánea es el número de personas que han consumido alcohol en los últimos siete días, para llevar a cabo el procedimiento de los cálculos de la prevalencia se debe utilizar el número total de la población como denominador (CENADIC, 2011).

En la presente investigación y de acuerdo a las características del fenómeno de estudio que se llevó a cabo, se realizó la estructura conceptual- teórica- empírica (C-T-E) desarrollado por Fawcett (1999), que menciona que utilizar un modelo conceptual para guiar la investigación requiere la construcción de una estructura conceptual-teórica empírica (CTE) y la comunicación de esa estructura en un diagrama y una narrativa. Los componentes de una CTE son el Modelo Conceptual (C), esta es la base para el tema de investigación o situación práctica; la Teoría (T) que debe ser generada o probada y los Indicadores Empíricos (E) que proporcionan una manera de observar directamente la teoría.

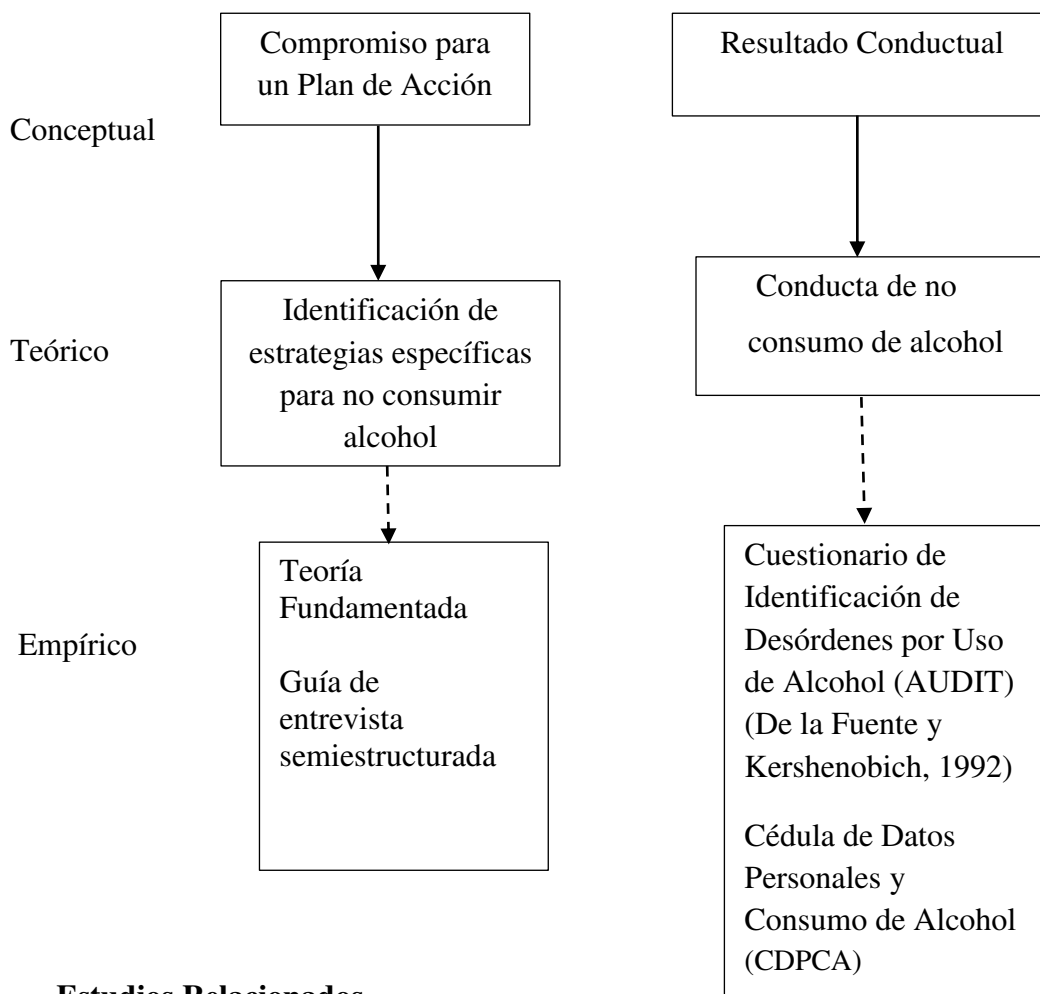
Estructura Conceptual Teórica Empírica



Estructura Conceptual Teórica Empírica (continuación)



Estructura Conceptual Teórica Empírica (continuación)



Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados con las variables de interés, donde se muestra la evidencia empírica que apoya las proposiciones planteadas.

Conducta previa relacionada al Consumo de Alcohol.

Pilatti et al. (2011) con la finalidad de evaluar el efecto de variables antecedentes con el consumo como la edad, el género y el consumo de los pares en 199 niños y 264 adolescentes de Argentina con edades comprendidas entre los 8 y 12 años y entre los 13 y 18 años respectivamente, asistentes a colegios públicos y privados de nivel inicial y nivel medio, de las ciudades de Córdoba y Esperanza.

El análisis univariado de las variables reportó que un alto porcentaje de niños (70%) había probado al menos alguna vez vida el alcohol. Después de experimentar la primera experiencia con el consumo de alcohol, sólo casi el 30% de los niños participantes afirmó seguir consumiendo alcohol con una frecuencia que oscilaba desde una a cuatro veces por año hasta semanalmente. Respecto al consumo de alcohol el 67% refirió no consumir bebidas alcohólicas, la mayoría de los niños informó consumir uno o dos tragos (12%) o hasta menos de un vaso (12%). Sin embargo, un 10% señaló consumir más de un vaso de alcohol.

Respecto a los niños que refieren continuar con el consumo de bebidas alcohólicas más allá de la experimentación, la frecuencia de consumo de alcohol fue desde una a cuatro veces por año (18%), varias veces por año o mensual (6%) hasta semanalmente (4%). Mediante el análisis de correlación entre los indicadores de consumo de alcohol y las variables sociodemográficas se observó una asociación entre sexo y la experimentación con el alcohol ($r= 0.21$; $p= .05$) y la frecuencia ($r= 0.27$; $p= .05$), pero no con la cantidad de consumo de alcohol. Específicamente, entre los varones fue mayor la probabilidad de que presentaran experiencias directas de consumo de alcohol y que consumieran alcohol con mayor frecuencia, pero no en mayor cantidad, que las mujeres.

Duffy (2014), realizó una investigación en Argentina, de tipo exploratoria-descriptiva con una perspectiva cualitativa, utilizando grupos focales y un breve cuestionario de autoadministración, el objetivo fue explorar y describir el desarrollo de comportamientos y hábitos de consumo de alcohol en niños y adolescentes de escuelas públicas y privadas de la Provincia de Buenos Aires. La muestra total fue de 348 niños y adolescentes, participaron un 50% de mujeres al igual que los varones. En relación a la edad el 51.4% de los adolescentes tiene entre 11 y 14 años y el resto (48.6%) tiene entre 8 y 10 años.

El 42.5% de los estudiantes señaló que en algún momento de la vida habían ingerido bebidas alcohólicas, siendo mayor la proporción de varones (48.3%) que la de mujeres (36.8%). Según grupos de edad, el 55.9% de los adolescentes de 11 a 14 años respondió de manera afirmativa haber consumido alcohol, así como en el grupo de 8 a 10 años el 28.4% afirmó haberlo hecho. El 91.4% de los adolescentes con mayor riesgo de consumo (familiares y amigos con hábitos de consumo de alcohol) tomaron bebidas alcohólicas al menos una vez en la vida. Con respecto al inicio del consumo, los adolescentes refieren situaciones en sus hogares en donde adultos les han proporcionado un sorbo de vino, sidra, cerveza y/o licor. Cuando se indagó sobre la razón del inicio del consumo, refirieron la curiosidad como la causa principal “porque se tientan o son tentados por otros, porque quieren parecerse a los adultos, presión del grupo de amigos, para hacerse sentir o mostrarse expertos y para ser aceptados”.

Huitrón et al. (2011) con el objetivo de determinar las principales conductas de riesgo en 815 adolescentes chilenos y 753 mexicanos de 10 a 21 años de edad. Fue un estudio transversal comparativo. Del total de adolescentes estudiados, en Chile el 50.6% fueron varones y en la muestra mexicana el 51.9 %. La media de edad para el grupo de adolescentes chilenos fue de 15.5 años y de 14.9 años para los mexicanos. Dentro de las sustancias lícitas, las prevalencias de consumo de la ingesta de alcohol fueron de 64.3 % y 54.1 % en Chile y México respectivamente. El porcentaje de adolescentes que nunca habían consumido bebidas fuertes fue de 45.9% para México y de 35.7% para Chile. Para los adolescentes que consumieron alguna vez, los porcentajes mostraron un 54.1% para México y 64.3% para Chile.

Morales, Cabrera, Pérez y Amaro (2015) realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal con el objetivo de identificar el consumo de alcohol en 496 alumnos de una escuela secundaria de Ciudad Nezahualcóyotl. Se encontró que el 49% de los alumnos consumieron alcohol alguna vez en su vida, de los cuales el 28% fueron hombres y el 21% mujeres. La edad de inicio del consumo de alcohol fue entre los 10 y

14 años (81%). El promedio de edad de inicio de consumo fue de 13 años. De los alumnos que consumieron alcohol alguna vez, el motivo de inicio de consumo fue por curiosidad (77%); por influencia de los padres o familiares (14%) y por presión social (5%). Las personas con quienes iniciaron el consumo fueron con los padres (32%) y con los amigos (29%).

Las sensaciones producidas durante el consumo de alcohol fueron alegría (52%) y el 27% placer. Las personas con quienes acostumbraron consumir alcohol fueron con los amigos (46%) y con los padres (18%). El sitio de consumo más frecuente fue en fiestas (54%) y en el hogar (27%). La principal bebida que prefirieron consumir fue la cerveza (61%) y el tequila (17%). El 68% de los alumnos tuvieron un conocido alcohólico, el 36% de los hombres y el 32% de las mujeres.

Síntesis de los estudios.

La evidencia muestra que un alto porcentaje (rango de 42% a 70%) de niños y adolescentes que han experimentado al menos alguna vez en la vida el consumo de alcohol, principalmente dentro de sus hogares y motivados por la curiosidad, las personas con quienes han consumido alguna vez han sido con los padres o con los amigos y las sensaciones experimentadas han sido placer o alegría.

Factores personales: biológicos y socioculturales.

Álvarez et al. (2011), realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de identificar el consumo de tabaco y alcohol en 333 estudiantes de nivel secundaria en comunidades rurales de 11 a 13 años de edad de 14 escuelas secundarias rurales de un municipio del estado de Guanajuato, México. En relación a las características sociodemográficas, predominó el género masculino (51.4%), el 57.4% tenían entre 11 y 12 años de edad, 85% vivía con ambos padres, el 19.8% estudiaba y trabajaba.

Respecto al consumo de alcohol, el 86.5% refirió haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 56.5% en el último año y el 47.7% en el último mes. La edad

media de inicio de consumo de alcohol fue de 10.64 años ($DE = 1.35$); el consumo promedio de consumo un día típico fue de 1.19 de bebidas estándar ($DE = .78$). En cuanto al tipo de bebida de mayor consumo y preferencia por los adolescentes que reportaron haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 61.1% reportaron consumir cerveza y el 18.4% bebidas preparadas. Respecto a las variables edad ($H = 2.67$, $p = .102$) y consumo de alcohol ($U = 5780.00$, $p = .24$) no se encontraron diferencias significativas. Los participantes refirieron iniciar el consumo de alcohol a los 10 años de edad.

González et al. (2012) realizaron un estudio descriptivo y transversal en estudiantes de dos tele-bachilleratos en una comunidad de México con el objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de alcohol en 262 adolescentes de educación media. Se encontró que el promedio de edad de los estudiantes fue de 13.55 años con un rango de 11 a 19 años. El rango de edad de los que consumían alcohol fue entre los 12-14 años, predominó el sexo masculino y la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas fluctuó entre los 5 y 16 años, con un promedio de edad de 10.36 años. El 43.1% de los estudiantes manifestó haber consumido alcohol por lo menos una vez en su vida y el 86.9% refirió consumir de 1 a 3 vasos de alcohol en un día típico, así lo manifestaron el 86.9% de los estudiantes; la bebida de preferencia fue la cerveza, finalmente, en cuanto al lugar en donde la consumieron el 47.8% manifestó que en fiestas y un 20.2% en su casa.

Concha, Torre y Hurtado (2014) realizaron un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de conocer el patrón de consumo de alcohol en 156 estudiantes de primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) en una población rural de Guadalajara, España. La media de edad fue de 12.96 años ($DE = 1.4$), siendo el 52.2 % varones. Con respecto al consumo de alcohol, el 27.6 % reconocía su consumo; el consumo era superior en el sexo femenino con respecto al masculino (35.9 % vs 20 %), con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.036$). La edad de inicio del

consumo era inferior en las mujeres frente a los varones (12.25 vs 12.42 años; $p>0.05$). La mayoría decían beber porque les gustaba (59.5 %). El 97.7 % bebían con amigos, siendo la modalidad principal en modo “botellón” (78.6 %). Las bebidas más habituales fueron los combinados (87.2 %) seguido del vino (10.3 %) y cerveza (2.6 %). Un 25.6 % mencionó haber abusado del alcohol. Se observó un incremento en la frecuencia de consumo en el paso de 1° a 2° de E.S.O. (5.3 % vs. 32 %, respectivamente; $p<0.05$).

Rodríguez et al.(2014) realizaron un estudio en Venezuela con el objetivo de caracterizar el consumo de bebidas alcohólicas en 135 estudiantes del 7mo. al 9no. grado de instituciones educativas. Se encontró que más del 50% de los estudiantes inició el consumo entre los 10 a 15 años; el sexo masculino (24.6%) predominó en la ingesta de bebidas alcohólicas, respecto al sexo femenino (18.5%).

Además el 68.1% de los adolescentes consumió bebidas alcohólicas en algún momento de sus vidas, sin embargo el 78.5% (106) afirmó que no ingiere actualmente. En relación al género el 81.5% (54) de las mujeres no consume y el 75.4% (52) de los hombres no consumían. El 40.7% indicó que consumió durante eventos sociales ya que la comunidad por tradición muestra patrones culturales donde el alcohol es parte de las festividades del sector; mientras que el 8.1%, lo hizo sólo los fines de semana.

Rueda-Jaimes, Pinto, Rangel y Camacho (2012) realizaron un estudio transversal, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia del abuso de alcohol en 2931 niños y adolescentes escolarizados en instituciones públicas y privadas de Bucaramanga, Colombia. La edad de los estudiantes de la muestra estuvo entre 10 y 22 años, con una media de 14.4 años ($DE = 1.65$); el 51.1% eran mujeres; así como el 36% estaban en básica superior (10° y 11°) y el 17.66% estudiaba en colegios privados.

El consumo de alcohol en los adolescentes fue de 68.3% (IC 95%; 66.6,70.0) alguna vez en la vida; 66.3% (IC 95%; 64.6, 68.1) durante el último año; 32.7% (IC 95% 31.0, 34.4) y 15.7% (IC 95%; 14.4, 17.0) durante el último mes y semana, respectivamente. La edad de inicio de consumo de alcohol fue de 12.9 años ($DE = 2.13$).

Por otra parte, el 34.0% (IC 95%; 32.2, 35.8) reportó haber estado en embriaguez alguna vez en su vida; 22.0% (IC 95%; 20.4, 23.5), durante el último año; 11.6% (IC 95%; 10.4, 12.9) y 4.7% (IC 95%; 3.9, 5.5) el último mes y semana, respectivamente. La media de edad de la primera embriaguez fue de 13.3 años ($DE = 2.0$).

Los estudiantes con consumo abusivo de alcohol tenían una edad promedio de 14.9 ($DE = 1.59$), comparado con 14.3 ($DE=1.64$) de aquellos que no abusaban; esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < .001$). Los varones presentaban consumo abusivo de alcohol en 13.8% (IC 95%; 12.1, 15.7) frente a 15.4% (IC 95%; 13.6, 17.4) de las mujeres, diferencia que no fue significativa ($p = 0.25$).

Granville-García et al. (2014) realizaron una investigación en Brasil, con el objetivo de evaluar la asociación entre las actitudes y conductas respecto al uso de alcohol y analizar los factores asociados, en 574 adolescentes de 10 a 19 años de escuelas públicas del nordeste de Brasil. Se encontró que la mayoría de los adolescentes tenían entre 13 a 15 años (53.8%) seguidos por las edades de 10 a 12 años (28%), en cuanto al sexo el 53.5% fueron femeninas y el 87.6% pertenecieron a la primaria. El mayor porcentaje de la muestra comenzó a beber entre los 11 a 14 años de edad (42.8%), al 43.1% de los adolescentes quien le ofreció una bebida alcohólica la primera vez fueron sus amigos, el lugar donde beben más a menudo es en la casa de los amigos (40.3%).

En el análisis bivariado el riesgo de consumo de alcohol fue alto entre los adolescentes con edad de 16 a 19 años ($OR = 4.44$; 95% CI: 2.81-7.86; $p < 0.001$) entre aquellos sin afiliación religiosa ($OR = 4.36$; 95% CI: 1.10 -17.09; $p = 0.002$), entre los que trabajaban ($OR = 2.13$; 95% CI: 1.18-3.83; $p = 0.012$) y entre aquellos que tenían una moderada o pobre relación con su padre ($OR = 2.18$; 95% CI: 1.21-3.94; $p = 0.010$).

Síntesis de los estudios.

En la síntesis de la evidencia empírica se debe señalar que se encontraron

estudios referidos hacia los factores de riesgo y muy escasamente artículos que se refirieran a la promoción de la salud y al no consumo de alcohol. En los estudios encontrados se muestran datos que indican que con respecto a la edad, el inicio de consumo fue aproximadamente a los diez años, la generalidad de los sujetos se dedicaban a estudiar, lo que hace que se reduzca el riesgo de consumo de alcohol; en el caso del sexo se encontró que la mayoría de las mujeres tienden a ser menos consumidoras de alcohol en comparación con los hombres, además la mayoría de los estudiantes consumió alguna vez en la vida.

Religiosidad.

Morales (2012), realizó un estudio de tipo cualitativo, con diseño etnográfico, bajo la postura paradigmática constructivista y con un diseño de tipo exploratorio; con el propósito de explorar la influencia de la espiritualidad y la religión en las conductas de riesgo de la salud (consumo de alcohol) en 37 adolescentes puertorriqueños con edades de 12 a 17 años.

Los participantes religiosos se seleccionaron de las religiones cristianas, protestantes y católicas. Se encontró que las múltiples expresiones y anécdotas de los adolescentes religiosos apuntan a que su religión influencia en sus conductas, ya que influye en la reducción, control y restauración de aquellas conductas que sus creencias les dictan como incorrectas, como las relacionadas con el uso del alcohol. Indicaron que la religión aumenta su resiliencia cuando les permite enfrentar obstáculos y problemas, y les provee calma en los momentos de crisis. Además, “no deja que la presión de grupo cambie su conducta en forma negativa”; “permite escoger mejor sus amistades y descartar aquellas en las que no confían o tienen conductas incorrectas”.

Vargas y Martínez (2015) indagaron las asociaciones del abuso de alcohol con la afiliación religiosa, la asistencia a la iglesia y el valor por la religión entre los adolescentes mexicanos, tomando como base la Encuesta Nacional de la Juventud

(2010) y examinaron las interacciones entre estas variables independientes. Los adolescentes evangélicos exhibieron proporciones más bajas de abuso de alcohol (3.4%, 95% IC 2.1, 4.8) en comparación con los católicos (7.5%, 95% IC 6.4,8.6), así como aquellos con un mayor valor por la iglesia y que asistían a ésta, acompañados de padres o amigos.

Entre los católicos, el hecho de sólo asistir a la iglesia con los padres se asoció a menores prevalencias de abuso del alcohol (5.0%, 95% IC 3.9,6.0), respecto a no asistir a la iglesia, resultados similares se presentaron para los adolescentes evangélicos, quienes también asistieron con otras personas (7.0%, 95% IC [4.9-9.0]). No obstante, asistir a la iglesia con los padres sin tener valor por la religión no protegió a los adolescentes del abuso del alcohol (11.6%, 95% IC 9.7,13.4). Tampoco asistir a la iglesia solo (sin compañía) se asoció a esta protección, aun cuando los adolescentes tuvieran un valor alto por la religión (13.6%, 95% IC 11.0,16.2). Se concluyó que ambos, tanto ser parte de una red social que asistió a la iglesia, como tener valor por ésta, condicionaron la asociación del abuso del alcohol con la afiliación religiosa y fueron factores protectores fundamentales contra el abuso del alcohol entre los adolescentes mexicanos.

Gómez y Cogollo (2015) realizaron una investigación con el objetivo de estimar la relación entre religiosidad y estilo de vida en 1730 estudiantes adolescentes de Cartagena, Colombia. La media de edad fue 14.7 años ($DE=1.2$); 777 estudiantes (44.9%) tenían entre 13 y 14 años y 953 estudiantes (55.1%) entre 15 y 17 años. De acuerdo al sexo, 912 fueron mujeres (52.7%) y 818 hombres (47.3%). Se encontró un consumo problemático de alcohol en 180 (10.4%) y baja religiosidad 610 (35.3%). En relación con el consumo problemático de alcohol, en el estudio se encontró independencia entre religiosidad y consumo problemático de alcohol, RD crudo (IC95 %) 1.29 (0.94-1.76) RD ajustado (IC95 %) 1.20 (0.87-1.65).

Burke, Oplhen, Eliason, Howell, y Gonzalez (2012), realizaron un estudio con el objetivo de conocer si las variables de religiosidad y espiritualidad estaban asociadas

con una reducción de consumo de alcohol y otras creencias de salud y comportamientos positivos, el estudio fue realizado en 1783 estudiantes de la Universidad de San Francisco en Estados Unidos. Los hallazgos revelaron que el 58% de los participantes refirieron profesar alguna religión. Respecto al consumo de alcohol el 70% reportaron uso de alcohol durante el mes previo al estudio, de los 430 estudiantes menores de edad (21 años) el 63% reportó un consumo en el mes anterior a la entrevista. De acuerdo a la identidad religiosa, se destacó que aquellos participantes que refirieron profesar una religión ($\bar{X}=2.1$, $DE=3.8$) reportaron significativamente menor uso de alcohol ($p < .001$), comparados con aquellos que no pertenecían a ninguna religión, es decir que se consideraron espirituales ($\bar{X}=3.0$, $DE=5.2$) o ateos ($\bar{X}=3.5$, $DE=5.0$).

Sauer-Zavala, Burris y Carlson (2014), realizaron un estudio con dos objetivos específicos, examinar el grado en que la religiosidad y la espiritualidad estaban asociados con las bajas expectativas positivas de alcohol y evaluar la relación entre las expectativas de alcohol como mediador de la religiosidad, espiritualidad y el consumo de alcohol. El estudio fue realizado en 344 participantes de entre 18 y 20 años de edad ($\bar{X}=18.8$, $DE=0.68$), de una Universidad Pública del sudeste de Estados Unidos. Los resultados encontrados refirieron que la mayoría de los participantes (73.3%) reportaron un alto consumo de bebidas alcohólicas, al menos una vez al mes y la cantidad típica de consumo de alcohol para la mayoría de los participantes (75.6 %) fue descrito como al menos "moderado". Respecto a la frecuencia de embriaguez, la mayoría de los participantes (59.3 %) reportaron embriagarse al menos una vez al mes.

La religiosidad fue un predictor negativo y estadísticamente significativo del uso de alcohol ($rs = -.36$, $p < .001$) y un predictor positivo estadísticamente significativo de las expectativas del uso de alcohol ($rs = .62$, $p < .001$). Adicionalmente los resultados apoyaron la hipótesis de que las expectativas de uso de alcohol fueron un mediador de la relación entre religión y uso de alcohol ($z = 3.72$, $p < .001$).

Síntesis de los estudios.

De acuerdo a la evidencia encontrada, la religiosidad es un factor que influye en la reducción y control del uso del alcohol, ya que se encontró menor prevalencia de consumo en aquellos que muestran mayor valor por su iglesia, su afiliación religiosa o la participación con sus padres, amigos o grupos, así como en actividades religiosas.

Autoestima y consumo de alcohol.

Gutiérrez y Romero (2014) realizaron una investigación con el objetivo de analizar las relaciones entre autoestima y actitudes hacia el consumo de drogas, incluyendo el alcohol en 2506 adolescentes (49.1% varones y 50.9% mujeres) de diferentes centros educativos de tres provincias de Angola (Benguela, Huíla y Luanda), de edades comprendidas entre 14 y 18 años ($\bar{X} = 16.40$; $DE = 1.40$).

De los resultados se encontró un moderado nivel de autoestima de los adolescentes ($\bar{X} = 3.84$, $DE = 0.71$). Con respecto a las correlaciones entre las variables estudiadas, se encontró que la autoestima correlacionó positivamente con los factores del apoyo social ($r = .350$, $p < .01$), con los factores de la inteligencia emocional ($r = .330$, $p < .001$), con la satisfacción con la vida ($r = .320$, $p < .001$) y con la influencia de la familia en el consumo de drogas ($r = .180$, $p < .001$), mientras que las correlaciones fueron negativas con “las drogas no perjudican la salud” ($r = -.120$, $p < .001$), con la “presión social para el consumo de drogas” ($r = -.140$, $p < .001$) y con el “efecto placentero del consumo de drogas” ($r = -.120$, $p < .001$). Se destaca la falta de relación entre autoestima y resiliencia ($r = -.030$, $p > .05$).

Con respecto a la satisfacción con la vida de los adolescentes, predice un 20.8% en este modelo, las variables con mayor capacidad predictiva fueron: la autoestima ($\beta = .190$), el apoyo social de la familia ($\beta = .246$), el control emocional ($\beta = .168$) y la resiliencia ($\beta = -.095$), ésta última en negativo ($p < .001$).

Álvarez et al. (2010) llevaron a cabo una investigación que tuvo como objetivo analizar la relación entre el nivel de autoestima y el consumo de alcohol en 109

adolescentes entre 17 y 20 años, a través de un estudio descriptivo transversal, en la ciudad de Querétaro, México. Se encontró que el 44% eran de género masculino y 56% de género femenino. Los rangos para determinar el nivel de autoestima fueron, de 30 a 40 puntos como autoestima elevada, considerada como nivel de autoestima normal; de 26 a 29 puntos como autoestima promedio, este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima grave, sin embargo es conveniente mejorarla y menos de 25 puntos como autoestima baja, en este rango existen problemas de autoestima significativos.

De acuerdo con estos rangos el 94.5% presentó autoestima elevada, el 5.5% reportó un autoestima promedio y no se presentaron casos con autoestima baja. En relación a la frecuencia de consumo, se apreció que un 44% consumía entre una o menos veces al mes alguna bebida alcohólica, el 17.4% de los participantes solía consumir de tres a cuatro bebidas alcohólicas en un día normal, en tanto que el 15.6% consumía seis o más bebidas alcohólicas en un solo día. Así mismo, se observó que el 80.7% (80) presentó un consumo de alcohol sin riesgo, el 13.8% (15) comienza a tener problemas y el 3.7% (4) presentó riesgo elevado.

Jiménez (2011) realizó un estudio en España, con el objetivo de analizar las relaciones directas e indirectas del autoestima en 414 adolescentes considerada desde una perspectiva multidimensional (autoestima familiar, escolar, social y física) y su consumo de sustancias como el alcohol entre otras. El 52% fueron mujeres, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años ($\bar{X} = 14.2$, $DE = 1.31$), estudiantes en centros públicos de la comunidad de Castilla y León, ubicados en entornos rurales y urbanos, y distribuidos en 1º, 2º, 3º y 4º de la Educación Secundaria. Se calculó un modelo denominado de efectos indirectos el cual se ajustó adecuadamente a los datos ($\chi^2_{(29, 414)} = 40.53$, ($p > .05$), explicó el 33% de varianza del consumo de sustancias.

El examen de los coeficientes de relación entre los factores indicó, que el factor de clima familiar positivo se relacionó positiva y significativamente tanto con el autoestima de protección ($\beta = .73, p < .001$) como con el autoestima de riesgo ($\beta = .32, p < .001$), y el factor de clima familiar negativo únicamente se relacionó significativamente con el autoestima de protección ($\beta = -.21, p < .001$). Por otro lado, los dos tipos de autoestima presentaron relaciones significativas aunque de signo contrario con el consumo de sustancias (autoestima - protección: $\beta = -.55, p < .001$; autoestima - riesgo: $\beta = .33, p < .001$).

Se calculó un modelo final denominado de efectos mediadores, el cual se ajustó adecuadamente a los datos ($\chi^2_{(27, 414)} = 39.79, p < .01$), este modelo explicó el 36.1% de varianza del consumo de sustancias en la muestra. En este modelo mediador, los dos tipos de autoestima presentaron relaciones significativas aunque de signo contrario con el consumo de sustancias (autoestima - protección: $\beta = -.68, p < .001$; autoestima - riesgo: $\beta = .31, p < .001$).

Kim (2011) realizó una investigación en Seoul, Korea; con el propósito de investigar la prevalencia de conductas de riesgo de salud entre una muestra aleatoria de 885 estudiantes con edades de 14 a 16 años adolescentes coreanos y la relación de variables psicológicas con comportamientos de riesgo de salud. Se encontró que el 69% había consumido alcohol. El análisis de correlación indicó que la autoeficacia correlacionó con el consumo de alcohol ($r = 0.16, p < .001$) y con la autoestima ($r = 0.16, p < .001$). El análisis de regresión mostró un efecto estadísticamente significativo de las variables psicológicas con las conductas de riesgo para salud ($R^2 = 0.19$ para consumo de alcohol), así como la autoestima ($\beta = -0.05, p < .005$) y la autoeficacia mostraron un efecto con el consumo de alcohol ($\beta = 0.07, p < .005$).

Chávez, Rivera, Leyva, Sánchez y Lazcano (2013) llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo cuantificar la asociación entre orientación al rol de género y uso de alcohol en 1730 jóvenes del estado de Morelos, en México. El 60.4% fueron mujeres,

el promedio de edad fue de 19.82 con un intervalo de 16 a 24 años; 68.8% pertenecía a los niveles socioeconómicos bajo y medio. En relación con el tipo de localidad 34.2% fueron residentes del área rural. Se encontró una prevalencia general de consumo regular de alcohol de 5.4%. El consumo regular de alcohol fue mayor en hombres ($p < .001$) y lo consumieron con mayor frecuencia semanal, quincenal y mensualmente ($p < .001$). También en el consumo de alcohol hasta la embriaguez los hombres presentaron mayores prevalencias en todas las categorías ($p < .05$). No se encontraron diferencias significativas por género en promedio de meses de inicio en el consumo.

Se encontró que el 13.4% consumían regularmente alcohol; en relación al género el consumo fue de 17.3% en hombres y de 9.7% en mujeres y quienes no hacían uso fueron el 82.7% en hombres y un 90.3% en mujeres. En relación al autoestima, se encontró que un 62.4% presentaba una autoestima baja y un 37.6% alta; en relación al género el 67.1% de los hombres y el 59.5% de las mujeres presentaron autoestima baja, así mismo, el 32.9% de los hombres y el 40.5% de las mujeres presentaron autoestima alta.

La prevalencia de uso regular de alcohol por diferentes factores mostró que los hombres que no consumen alcohol presentaron una autoestima baja en un 63.3% y una autoestima alta en un 36.6% ; los que mencionaron si consumir alcohol mostraron una autoestima baja en un 71.4% y una autoestima alta en un 28.6%. En el caso de las mujeres que mencionaron no consumir alcohol un 59% presentó autoestima baja y el 41% presentó autoestima alta, de las mujeres que mencionaron consumir alcohol, el 76.5% presentó autoestima baja y el 23.5% autoestima alta.

Síntesis de los estudios.

Los hallazgos reportan que el autoestima se correlaciona de manera negativa con el consumo de alcohol, es decir, que a mayor autoestima se presenta un menor consumo de alcohol. También se encontró que la autoestima tiene una capacidad predictiva del consumo de alcohol.

Autoeficacia.

Velázquez, Arellanez y Martínez (2012) efectuaron un estudio con la finalidad de evaluar la relación entre una baja asertividad y el uso de drogas en 1492 estudiantes mexicanos de secundaria. La media de edad de los participantes fue de 13.8 años ($DE= 1.04$). La proporción en cuanto al sexo fue similar (50.5% hombres y 49.5% mujeres). Los adolescentes encuestados reportaron el alcohol como la sustancia de mayor consumo, tanto alguna vez en la vida (37.9 %), como en el último año (23.3%) y en el último mes (12.5%). El grupo de usuarios se conformó de un porcentaje ligeramente mayor de varones (57.0% contra 43.0% de mujeres), mientras que en el grupo de no usuarios se registró proporciones similares entre hombres y mujeres (50.4% y 49.6%, respectivamente).

En el grupo de usuarios se identificó una menor autoeficacia en la resolución de problemas. Se encontró que el grupo de usuarios ha cedido ante la presión del grupo de amigos para probar alcohol y ha tenido dificultades para negarse a hacer algo que no deseaba ante la presión de los amigos.

Ehret, Ghaidarov y LaBrie (2013) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la autoeficacia de resistencia al consumo (DRSE) como predicción de resultados para el consumo de alcohol. Los participantes eran de dos universidades, una pública y una privada. Una muestra de 1084 estudiantes divididos por estratos de acuerdo al año y en porciones equivalentes a ambas universidades. Los participantes reportaron una media de edad de 20.1 años ($DE = 1.37$). Un total de 63% de la muestra fueron femeninas.

La prueba para medias independientes reveló medias no significativas en función del género ($p >.01$). La relación entre la típica bebida semanal y la autoeficacia de resistencia al consumo en las mujeres no fue significativa ($p =.160$). El uso de estrategias protectoras de conducta y cada subescala de la autoeficacia de resistencia al consumo fueron moderadamente y significativamente relacionadas.

La prueba de diferencias de medias reveló que los hombres experimentaban significativamente más consecuencias del alcohol ($\bar{X} = 7.44$ vs 5.96 , $t=3.02$, $p =.003$) y reportaron consumir más bebidas por semana ($\bar{X} =14.83$ vs 8.73 , $t =10.44$, $p < .001$) que las mujeres. Las mujeres reportaron significativamente un uso más alto de estrategias protectoras de conducta ($t =9.47$, $p <.001$) y puntajes oportunos de autoeficacia de resistencia al consumo ($t = 5.25$, $p <.001$) que los hombres.

Álvarez, Alonso y Guidorizzi (2014) llevaron a cabo una investigación en Guanajuato, México; de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional; que tuvo como objetivos el describir la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco alguna vez en la vida y en el último año en estudiantes de secundaria rural, describir el autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia en estudiantes de secundaria por género, grado escolar y ocupación, y relacionar el efecto del autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia sobre el consumo de alcohol y tabaco alguna vez en la vida y en el último año.

Participaron 575 adolescentes de 12 a 18 años de edad, se observó que el 56.9 % tenía entre 12 y 13 años de edad. De acuerdo al sexo predominó el femenino (51.5%). El 44.2 % fueron estudiantes que se encontraba cursando el primer año y en cuanto a la ocupación el 22.3 % de los estudiantes trabajaban. La media de edad de los estudiantes fue de 13.3 años ($DE = 1.08$). Respecto al consumo de alcohol, la media de edad de inicio de alcohol fue de 11.6 años ($DE = 1.49$); con una media de consumo de 1.7 bebidas alcohólicas en un día típico ($DE = 1.0$).

Los resultados mostraron en el primer objetivo que el 66.1% de los estudiantes consumieron alcohol alguna vez en la vida y 32.2% lo hizo en el último año. En el segundo objetivo se encontró que existió diferencia significativa entre autoeficacia ($U = 35061.00$, $p = .002$) por género; las mujeres presentaron una mediana más alta de autoeficacia ($Mdn = 66.67$) en comparación con los hombres ($Mdn = 45.73$). La mediana de autoestima fue igual para hombres y mujeres ($Mdn = 47.50$).

En cuanto al grado escolar, los resultados reportaron que existió diferencia significativa de la autoestima ($H = 14.89, p < .001$), asertividad ($H = 7.99, p < .05$) y resiliencia ($H = 12.10, p < .001$), entre el autoeficacia y grado escolar no se encontró diferencia significativa ($p > .05$). Los estudiantes de tercer año presentaron una mediana más alta en autoestima ($Mdn = 50.0$) y autoeficacia ($Mdn = 66.67$).

Melo y Jaimes (2015), realizaron un estudio descriptivo, exploratorio en Colombia, con el objetivo de determinar la autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y la salud percibida en 288 niños de 8 a 12 años matriculados en los colegios que participaron en la prevención del uso indebido de drogas de la localidad de Suba. El 52.8% fueron del género masculino y el 47.2% del género femenino; el 61.1% de los niños se ubicaron en las edades entre 8 y 10 años; en relación a la escolaridad el 59.4% correspondió a 4° y 5° grado. El 31.6% ha tomado cerveza o alcohol alguna vez y el 5.9% de los niños(as) refieren haber consumido alcohol en los últimos 30 días.

Con respecto a la autoeficacia, los niños se perciben con una autoeficacia superior a 70 sobre 100. Las niñas se perciben con mayor autoeficacia que los niños. Los niños de 8 a 10 años se perciben con menor autoeficacia que los niños de 11 a 12 años, la dimensión que reporta una media más alta es la de cumplir con expectativas hacia los demás.

En relación a la autoeficacia percibida, en la dimensión de cumplir con las expectativas de los demás se reportó más alta en la adolescencia inicial que son niños de 11 a 12 años ($X = 81.9, DE = 19.2$) en comparación con los niños que comprendió la edad de 8 a 10 años ($X = 81.1, DE = 22.9$), fue similar la dimensión de asertiva la cual fue más alta en la adolescencia inicial ($X = 83.6, DE = 20.6$), en contraste con los niños ($X = 80.7, DE = 26.8$), la dimensión de logro académico fue más alto en la adolescencia inicial ($X = 79.0, DE = 14.3$), que en los niños ($X = 75.8, DE = 19.3$); finalmente en la dimensión de conseguir recursos sociales se encontró una media más alta ($X = 59.4, DE = 25.1$) en la adolescencia inicial, que en los niños ($X = 51.1, DE = 28.8$).

Los resultados expresan que los hombres presentan menor autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol y que los jóvenes en general presentan menos eficacia en situaciones donde se acostumbraba consumir alcohol o ante la presión de los amigos. Se encontró que a mayor autoeficacia de resistencia menor es el consumo de alcohol que presentan los jóvenes ($p < .05$).

Síntesis de los estudios

Los resultados expresan que los varones presentan menor autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol y que los jóvenes en general, presentan menos eficacia en situaciones donde se acostumbraba consumir alcohol o ante la presión de los amigos. Se encontró que los niños y adolescentes que se perciben con mayor autoeficacia tienen un menor consumo de alcohol.

Influencias interpersonales: resistencia a la presión de amigos.

Sánchez-Xicotencatl et al. (2013) elaboraron en México una Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol, específicamente para el consumo de alcohol en estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México; además se evaluó si existían diferencias estadísticamente significativas en el nivel de resistencia por sexo y por nivel de consumo de alcohol. La muestra fue no probabilística, conformada por 900 estudiantes de nivel medio (38.6%) y medio superior (61.4%) de la Ciudad de México (42.9% hombres y 57.1% mujeres) con una media de edad de 15.6 años ($DE = 2.5$). Mediante un análisis factorial exploratorio quedó constituido por seis reactivos que explicaron el 47.41% de la varianza total y obtuvo un Alfa de Cronbach de .778.

Entre los hallazgos se obtuvo que la edad de inicio del consumo de alcohol para los hombres fue de 12.8 años ($DE = 2.8$) mientras que para las mujeres fue de 13.4 años ($DE = 2.5$). Las variables sexo [$F_{(1, 905)} = 14.663, p < .001$] y nivel de consumo de alcohol

[$F_{(4, 905)} = 14.457, p < .001$] mostraron diferencias significativas en la resistencia a la presión de pares, mientras que la interacción de sexo y nivel de consumo no resultó significativa [$F_{(4, 905)} = .483, p > .05$]. Las mujeres ($\bar{X} = 2.95, DE = .60$) mostraron mayor resistencia a la presión de pares que los hombres ($\bar{X} = 2.73, DE = .67$).

Rodríguez, Peroz y Matute (2014) realizaron una investigación en Venezuela con el objetivo principal de evaluar la relación entre la resistencia a la presión de grupos y el consumo de alcohol en adolescentes. La muestra se conformó de 218 estudiantes de secundaria consumidores de alcohol, 96 hombres y 122 mujeres con una media de edad de 17 años. Se encontró que el 31.7% de los adolescentes presentaron un consumo de riesgo, el 31.7% un consumo perjudicial o dependiente y el 36.7% restante fueron consumidores sin riesgo. El 30.3% reportó haberse embriagado en los últimos 6 meses, el 25.2% en el último mes, el 19.3% entre una semana o menos, el 14.7% hace más de una semana y un 10.8% de los encuestados no contestaron la pregunta.

Se encontró que el 98.2% de los participantes presentaron altos niveles de habilidad para resistirse a la presión de grupos directa, un 1.4% señaló un nivel moderado de resistencia y un 0.5% mostró deficiencias ante la resistencia de la presión de grupos directa. Por otro lado, en cuanto a la resistencia a la presión de grupos indirecta un 95.4% presentó alta habilidad para resistirse, un 2.8% mostró un nivel moderado de resistencia y un 1.8% deficiente habilidad para resistirse a la presión de grupos indirecta. Por último, respecto a la presión percibida el 75.7% de los participantes presentó poca percepción de la presión, el 22% señaló una moderada percepción de la presión, mientras que el 2.3% mostró un alto nivel de percepción de la presión de grupos. Se encontró relación significativa entre la resistencia a la presión de grupo total ($r = -0.309; p < .001$), indirecta ($r = -0.278; p < .001$), percibida ($r = 0.168; p < .013$) y el consumo de alcohol en adolescentes.

Díaz y González (2014) realizaron un estudio no experimental de corte transversal-descriptivo en Monterrey México, teniendo como objetivo elaborar una medición de las

conductas problema de los adolescentes, además de la función de los ambientes (riesgo o protección). Participaron en el estudio 551 adolescentes de entre 14 y 19 años, en su mayoría tuvieron 15 años (79%), el 50% fueron hombres. El 52% no contestó su edad de inicio de consumo de alcohol, sin embargo el 15.4% bebió por primera vez a los 14 años, seguido de un 12% que realizó el consumo a los 15 años. En relación a la frecuencia en la conducta de beber, se encontró que el 31% de los participantes en los últimos 6 meses había bebido 3 o 4 veces, seguido de un 26% que no había bebido nada. Sin embargo el 27.5% había bebido en un rango frecuente que iba desde 1 vez al mes hasta todos los días.

Al preguntar al adolescente cuántas veces se había emborrachado, se encontró que el 26% no contestó, 42% nunca y 31% se ha emborrachado al menos una vez hasta más de dos veces a la semana. En relación a los amigos y la presión social que se ejerce para la ingesta de alcohol, el 62% de los adolescentes opinan que sus amigos no ejercen nada de presión para que beban alcohol, 32% opina que presionan un poco y 6% opinan que presionan una buena cantidad o mucho. Al preguntarles acerca de qué opina su grupo de amigos de la conducta de beber, la respuesta estuvo polarizada (52.5% lo aprueban contra 47.2% lo desaprueban) y específicamente de su entorno de amistades se les preguntó cuántos de sus amigos toman alcohol de manera regular, se encontró que solamente 10% reporta que ninguno lo hace, 63% menciona que algunos lo hacen, 20% la mayoría de ellos y 6.7% casi todos ellos.

En relación al ambiente del vecindario, se preguntó al adolescente cuánto consumo de alcohol existía entre los adultos en la colonia donde vivía y el 60% opinó que mucho o una buena cantidad; por lo que el vecindario se diagnosticó como un ambiente de riesgo por la cantidad de consumo percibido.

Leal y Vásquez (2016) realizaron una investigación en adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca, Perú; donde se analizó la resistencia a la presión de grupo sobre el nivel de consumo de alcohol. Se evaluó a 352 adolescentes de cuarto y quinto año de

secundaria, 46.3% fueron varones y 53.7%, mujeres. Se encontró que el 5.5% de los adolescentes presentó un consumo de alcohol de alto riesgo; mientras que el 74.7% de los mismos presentó un consumo de bajo riesgo. En la comparación que se hizo de los estudiantes varones y mujeres, los hombres presentaron un mayor porcentaje de consumo de alcohol de alto riesgo (9.5%); mientras que las mujeres con nivel de alto riesgo de consumo representaron el 3.8%.

En el análisis de la relación entre el consumo de alcohol y la resistencia general de los adolescentes hacia la presión de grupo, se encontró que ésta relación fue indirecta, de magnitud moderada pero significativa ($r = -.459, p < .001$). Similar relación se presentó respecto a la resistencia que experimentan los adolescentes hacia la presión de sus amigos cuando no se desea beber ($r = -.410, p < .001$) o hacia la presión de un grupo que no está de acuerdo con la decisión del adolescente de no beber ($r = -.429, p < .001$). También se mostró que la resistencia hacia la presión que se experimenta al estar expuesto frente a una persona que bebe alcohol y al mismo tiempo se le admira, se relacionó de manera indirecta con el consumo de alcohol, aunque dicha relación fue baja ($r = -.253, p < .001$).

Varga y Pyko (2015) realizaron un estudio en Hungría, con el objetivo de examinar la relación entre variables psicológicas sociales y conductas sociales y las conductas de riesgo a la salud entre estudiantes húngaros de secundaria. El total de la muestra fue de 471 estudiantes con edades de 14 a 18 años ($M = 16.2$ y $DE = 1.1$). El 66.9 % fueron del sexo femenino y el 33.0 % masculino; del total de la muestra el 67.3 % consumía alcohol; alrededor del 71.3% de los estudiantes señaló que su mejor amigo consumía alcohol, asimismo el 20% de los estudiantes declaró que todos o la mayoría de sus amigos consumía alcohol. Si la mayoría o todos sus amigos consumía alcohol, la probabilidad de un consumo excesivo de alcohol fue alto en comparación con otros estudiantes

($p < 0.001$; $OR=2.87$; 95% $IC = 1.75, 4.70$). De acuerdo a estos resultados existió una fuerte y positiva asociación entre el consumo de amigos (incluyendo a su mejor amigo y el grupo de pares) y las conductas de riesgo a la salud de los estudiantes. El consumo también estuvo relacionado con el género, los chicos tuvieron una mayor probabilidad de consumo ($p < 0.01$; $OR=1.99$; 95% $IC = 1.2, 3.07$) que las chicas.

Síntesis de los estudios.

Los resultados muestran diferencias en la resistencia a la presión de pares, de acuerdo al género en relación con el consumo, es decir, las mujeres en su mayoría presentan una mayor resistencia a la presión de pares que los hombres. Los jóvenes que presentaron los niveles más altos de consumo son los que obtuvieron puntajes más bajos en la resistencia a la presión.

Influencias interpersonales: Historia familiar.

Valencia, García y Lozano (2011) desarrollaron una investigación de tipo prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, cuyo objetivo fue identificar las características familiares y personales relacionadas al consumo de alcohol en estudiantes adolescentes de segundo y tercer año de educación secundaria, residentes de una comunidad rural, en México. La muestra estuvo constituida por 161 adolescentes de entre 13 y 15 años de edad. El 54.1% fue del sexo masculino y el 45.9% del sexo femenino. La edad de consumo de alcohol por primera vez, el 11% respondió de 10 a 12 años, y el 68% después de los 13 años. El 17% mencionó que el primer contacto con el alcohol fue en reuniones familiares y el 6% manifestó que tomó alcohol “por curiosidad”.

El 20% de los adolescentes que consumieron alcohol, refirieron que sus padres conocen de esta práctica y el 3% manifestó que sus padres los reconocen como consumidores. Al preguntar sobre la compañía con la cual realizan el consumo de alcohol, el 30% refirió a los amigos, 8% con familiares como el papá, tíos o primos y el 4% manifestó que lo consumen a solas. Al preguntar si saben o conocen que en su

familia consumen algún tipo de sustancia, 30% contestó que se consume alcohol. En cuanto a identificar qué miembro de la familia es el que consume este tipo de sustancias, el 28% refiere al padre, 11 % a tío, 9% hermano y 3% primo.

Trujillo y Flórez (2013) realizaron un estudio que tuvo como objetivo identificar si existía relación entre el consumo de alcohol en adolescentes del municipio de Chía, Colombia, y la percepción que estos tenían del consumo de sustancias por parte de los padres y de la permisividad parental. Fue un estudio trasversal, descriptivo, correlacional. La muestra estuvo constituida por 326 estudiantes de los grados décimo y once de 3 colegios mixtos del municipio de Chía. El rango de edad fue de 14 a 19 años, con una media de 16.29 y una $DE=0.85$. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes tuvo su primer acercamiento al alcohol y usó a esta sustancia durante el último año. El 46.6% de los participantes reportó consumir alcohol actualmente. En promedio, los adolescentes consumieron por primera vez alcohol a los 12 años ($DE=2.5$) en un rango de edad de 5 a 18 años.

Con respecto a la edad de los participantes, los resultados mostraron una asociación positiva y significativa entre el consumo regular de alcohol y el permiso para consumir de los padres ($r = .175$, $p < .001$) y una asociación negativa y significativa entre el consumo regular de alcohol de los participantes y las actitudes parentales desfavorables hacia el consumo ($r = -.359$, $p < .001$), en donde, a medida que aumentaba la edad de los adolescentes los participantes percibían menos actitudes desfavorables de los padres hacia el consumo.

Grigoravicius et al. (2013) realizaron un estudio de tipo exploratorio, descriptivo en Buenos Aires; con los objetivos, entre otros, de indagar las características sociodemográficas de las familias e indagar la relación entre el consumo de los niños y el consumo de los adultos responsables. La muestra de niños estuvo conformada en un 69% por varones y en un 31% por mujeres. En relación a la edad, el 78% reportó una edad que oscilaba entre los 8 y 10 años, mientras que el 22% restante contaba con 11 y

12 años.

En relación a la situación familiar, el 49% de la muestra de los niños provenían de familias con padres separados o divorciados. En cuanto a los antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, el 67% de las familias tenía algún integrante con problemas de consumo de alcohol o sustancias ilegales. Se registró que fue el padre, quien ocupó el primer lugar entre los familiares con problemas de consumo, seguido por un tío del niño, luego por primos o abuelos y por la madre del niño. En cuanto al tipo de sustancia más consumida, se registró en primer lugar el alcohol.

Del total de los niños encuestados, el 33% aseguró haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida. En cuanto al sexo de los niños que bebieron, se observaron proporciones similares: un 35% del total de las niñas y un 32 % del total de los niños. Al analizar la edad, la mayoría de los niños que bebieron, tuvo entre 8 y 10 años (61%), lo que señala la existencia de importantes proporciones de consumo de alcohol en niños menores de 10 años. Al analizar las características de los niños que bebieron alguna vez, con los que no lo hicieron, se observó que el 83% de los niños que bebieron tuvieron antecedentes familiares de consumo de sustancias psicoactivas.

Ledesma, Castellanos, Morón y Morón (2014) llevaron a cabo una investigación en Venezuela, con el objetivo de identificar el patrón de consumo de alcohol en adolescentes y el nivel de consumo del padre. La investigación fue de tipo cuantitativa con diseño descriptivo y transversal. La población fueron 209 estudiantes de ambos géneros (111 mujeres y 98 hombres), que cursaban el 7º año en una unidad educativa pública urbana. La muestra de padres (sexo masculino), se obtuvo de una reunión convocada por la Unidad Educativa, por lo que esta muestra no correspondió exactamente al 100% de los padres de los adolescentes seleccionados.

En los resultados de los adolescentes se obtuvo que predominó el sexo femenino (57%); el 79% tuvo entre 13 y 14 años y el 21% de 11 a 12 años (promedio de 13.15 años). El 53% de los padres tuvo entre 30 a 40 años (promedio de 39.7 años). En

relación a la frecuencia del tipo de consumo de alcohol, el 49% del total de la muestra de los adolescentes se clasificaron como bebedores sin riesgo, 37% pertenecieron al género masculino y el 63% al femenino. De los clasificados como bebedores sin riesgo (49%), el 52% tuvieron de 11 a 12 años y el 48% tuvieron de 13 a 14 años; se encontró una diferencia estadísticamente significativa en estos adolescentes de acuerdo al género ($p=.032$) con predominio del sexo femenino (53%) sobre el masculino (37%); contrario a la edad donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en subgrupos de edades en relación al tipo de consumo ($p=.459$).

En relación a los padres sólo el 27% se clasificó como bebedores sin riesgo. Al realizar la comparación estadística entre el patrón de consumo de alcohol de los padres y los adolescentes, se observó una diferencia significativa indicando una mayor proporción de consumidores excesivos en los padres ($p < .001$).

Liberini, Rodríguez y Romero (2016) realizaron un estudio de tipo cuantitativo en Argentina donde se analizó el rol del autoestima, la personalidad y la estructura familiar sobre la adicción (consumo de alcohol) en los adolescentes. La muestra fue no probabilística con un total de 2049 ciudadanos argentinos (70.3% mujeres, 29.4% hombres y 0.3% otro género). El rango de edad fue de 11 a 20 años ($X = 17.7$; $DE = 2.19$).

En los resultados se obtuvo que la mayoría de los adolescentes (65.4%) presentaron un consumo de alcohol de bajo riesgo; de igual forma en un mayor porcentaje tuvieron autoestima elevada (67.3%). El análisis de correlación entre las variables mostró que la mayoría resultaron estadísticamente significativas ($p < .001$) y positivas. Destacó como la asociación con mayor fuerza la existente entre consumo y extraversión ($r = .22$). Se obtuvo una asociación moderada y negativa entre los factores cohesión familiar ($r = -.07$) responsabilidad ($r = -.08$) y autoestima ($r = -.05$) con el consumo; mientras que con neuroticismo fue moderada pero positiva ($r = .08$).

Se observaron diferencias significativas entre la edad de los participantes y las

puntuaciones obtenidas en la escala de consumo de alcohol ($r = .17$). El consumo de bajo riesgo fue predominante en personas de 11 años. También se hallaron diferencias significativas respecto al sexo ($p < .001$), el consumo de alto riesgo predominó en los hombres. Con los resultados se puede señalar que a mayor responsabilidad menor riesgo de consumo. La discreción, el sentido del deber y la faceta moral de la personalidad aparecieron como factores protectores. Se destaca a la autoestima como un factor protector al contribuir a preservar el propio bienestar biológico, psicológico y social por ser útil al afrontar situaciones difíciles.

Gutiérrez y Hernández (2015) llevaron a cabo una investigación descriptiva en Argentina, con el objetivo de identificar la relación del consumo de tabaco y alcohol de la familia como factor inductor del uso indebido de drogas en los adolescentes. Se aplicó una encuesta a 469 adolescentes cuyas edades oscilaban entre 11 y 15 años.

El mayor porcentaje perteneció a los adolescentes de 12 años con un 33% de la muestra, asimismo el 59% fueron del sexo femenino. El 76.1% de los adolescentes vivían dentro de un grupo familiar estable, es decir con sus dos padres y sus hermanos.

De acuerdo al consumo de sustancias, el mayor porcentaje que correspondió a un 27.7 %, mencionó que el padre era quien consumía y un 4.3% señaló que la madre; un 13.9% mencionó que ambos padres, en contraste con un 11.5% que indicó que ninguno y el 16% no respondió. La sustancia que más se consumió fue el alcohol con un 28.6%. La frecuencia de consumo de los padres que obtuvo el mayor porcentaje fue para todos los días con un 35.8%, la opción nunca obtuvo un 10% y la opción casi nunca obtuvo un 14.3% sumando ambas el 24.3%.

Los resultados obtenidos con los adolescentes mostraron que un 68.4% sí consumieron y un 31.1% no consumieron. La frecuencia de consumo por parte de los estudiantes fue de un 2.1% para todos los días, un 7.9% para los fines de semana, un 2.5% para una vez por semana, un 9.8% para casi nunca y un 11.5% para nunca; sumando estas últimas se obtuvo el porcentaje mayor (21.3%). Sin embargo, un 39.2%

no contestó esta pregunta y un 25.2% tuvo una respuesta inadecuada. Se concluye que los adolescentes encuestados en su amplia mayoría están en una etapa de experimentación.

Telumbre et al. (2017) llevaron a cabo un estudio en la Ciudad de Campeche, México; con la finalidad de determinar la relación de la historia familiar del consumo de alcohol y el consumo de alcohol de 278 adolescentes de una institución pública de educación básica de Ciudad del Carmen. El estudio fue de tipo transversal, descriptivo y correlacional. En los resultados se obtuvo que el rango de edad fue de 12 a 16 años; con una media de 13.4 años ($DE= 1.3$), el 53.2% fueron del sexo masculino y el 46.8 del sexo femenino; el 77.7% vivía con ambos padres y 12.9% solamente con su madre.

En relación a la ingesta de bebidas alcohólicas el padre (38.8%) fue el principal consumidor y la madre obtuvo un 13.7%. El 12.2% de las madres de los adolescentes reportó consumir alcohol una vez al año o menos, 10% unas veces al año, 6.5% una o dos veces al mes y el 1.4% más o menos una vez a la semana; el 7.7% de las madres en una ocasión bebieron hasta llegar a un estado de embriaguez, 4.3% en el último año y el 1.4% en el último mes. De acuerdo al Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol, el 18.7% de los adolescentes manifestó que sólo su padre bebía, 8.6% señaló que bebían siempre separados y el 5.8% bebían juntos; 31.7% de los adolescentes contestó que no estaba presente cuando sus padres bebían, 23% de vez en cuando y el 13.7% casi siempre estaban presentes.

De acuerdo al consumo de bebidas alcohólicas el 68.3% de los adolescentes consumió alcohol alguna vez en la vida, 67.6% en el último año, 28.8% en el último mes y el 9.4% en la última semana. En relación al AUDIT el 46.8% presentó un consumo sensato, 11.9% consumo dependiente y el 41.3% consumo dañino. Se encontró una relación positiva y significativa de la historia familiar del consumo de alcohol y la sumatoria del AUDIT ($rs = 164, p = .025$) y con la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por los adolescentes ($rs = .181, p = .005$). Los investigadores concluyeron

que la madre presentó un consumo moderado y de forma esporádica y destacaron que ella representa un factor de protección ante el consumo de alcohol de los hijos, dado que está más tiempo con ellos y establece reglas que deben ser aceptadas dentro del ambiente familiar.

Saravia, Gutiérrez, y Frech (2014) realizaron una investigación en Perú, con el objetivo de establecer la relación entre factores demográficos, escolares, familiares y sociales, y el inicio de consumo de drogas ilegales en escolares peruanos. Se efectuó un análisis secundario de la III Encuesta Nacional sobre prevención y consumo de drogas en escolares de zonas urbanas del Perú (DEVIDA 2009). El tamaño de la muestra se calculó mediante un muestreo estratificado bietápico e independiente en cada dominio del estudio; el total de análisis fue de 54 675 registros. El resultado mostró que el 48.6% eran hombres y el 51.4 mujeres; en relación a la edad el 34% tenían de 11 a 13 años, el 56.9% tenían de 14 a 16 años y el 9.1% de 17 a 19 años. Las personas con quien vivía fueron con padre y madre el 68.2%, sólo con padre 3.3% y sólo con madre el 15%; el resto reportaron vivir con otros familiares.

Se efectuó un análisis bivariado para determinar la asociación entre consumo de alcohol o alguna droga y los datos sociodemográficos, a través del cálculo de la odds ratio (OR) con un intervalo de confianza al 95%. De acuerdo al tipo de muestreo utilizado para la recolección de los datos se realizó un análisis de regresión logística. El modelo que analizó los factores familiares que estaban asociados con la iniciación del uso de alcohol mostró que aquellos que vivían con sólo uno de los padres tuvo un 7% más de probabilidades ($ORa = 1.07$, IC95%: 1.04–1.10) en comparación con aquellos que vivían con ambos padres. Asimismo ante la existencia de antecedentes de consumo por un miembro de la familia supuso un 15% más de probabilidad del inicio del consumo en la adolescencia ($ORa = 1.15$, IC95%: 1.12–1.19) y la existencia de dos personas con antecedentes de consumo estimaron un 90% más de probabilidad ($ORa = 1.90$, IC95%: 1.81–1.99) de haber iniciado el consumo en los 12 meses

anteriores, en comparación con aquellos que no presentan antecedentes.

Síntesis de los estudios

De acuerdo a la evidencia encontrada, el consumo de los niños y jóvenes es más frecuente cuando sus padres son bebedores, también se observa que a medida que aumenta la edad, los padres se vuelven más permisivos con esta conducta de consumo de alcohol. Entre los motivos para que los jóvenes consuman alcohol, principalmente lo hacen por problemas en su familia o por imitación de los padres.

Influencias situacionales: valoración del barrio.

Oliva et al. (2012), realizaron un estudio con la finalidad de analizar la relación entre algunas dimensiones o activos para el desarrollo en el barrio de residencia y el ajuste y la satisfacción vital de adolescentes. La muestra estuvo formada por 2400 adolescentes (1068 chicos y 1332 chicas) con edades entre los 12 y los 17 años ($\bar{X} = 14.73$, $DE = 1.25$) que cursaban estudios de Educación Secundaria en centros públicos y privados de Andalucía Occidental.

En los resultados obtenidos encontraron que el consumo de sustancias mostró una asociación significativa con la edad, donde a mayor edad mayor fue el consumo ($\beta = .38$, $p < .001$). En relación al consumo y las variables de activos del barrio se encontró que a puntuaciones más bajas de apego al barrio ($\beta = .65$, $p < .001$), apoyo/empoderamiento ($\beta = -.11$, $p < .001$), control social y seguridad ($\beta = -.16$, $p < .001$) mayor fue el consumo en los adolescentes. Se observaron correlaciones negativas significativas entre la edad y la percepción del barrio, de forma que aquellos adolescentes de más edad mostraron percepciones más negativas ($r = -.115$, $p < .001$).

Los problemas internalizantes como la satisfacción vital, que se ha relacionado con el autoestima, se asociaron con todas las variables del barrio, apoyo/empoderamiento ($r = .218$, $p < .001$), apego al barrio ($r = .213$, $p < .001$), seguridad ($r = .143$, $p < .001$), control social ($r = .130$, $p < .001$), actividades ($r = .136$, $p < .001$).

Gracia, Fuentes y García (2010), analizaron el nivel de riesgo percibido en el

barrio en tres indicadores de problemas de conducta en la adolescencia (conducta escolar disruptiva, delincuencia y consumo de sustancias) en una comunidad Autónoma de España. Fueron 1,017 participantes, 591 mujeres (58.1%) y 426 hombres (41.9%), con edades comprendidas entre los 12 y 17 años ($\bar{X}=14.91$; $DE = 1.59$). Se obtuvo un efecto de interacción estadísticamente significativo entre la percepción de riesgo en el barrio y el sexo ($F_{(3, 999)} = 3.52, p < 0.05$). Este efecto de interacción fue significativo en los tres índices evaluados: conducta escolar disruptiva ($F_{(3, 1013)} = 34.34, p < .001$), delincuencia ($F_{(3, 1013)} = 21.14, p < .001$) y consumo de sustancias ($F_{(3, 1013)} = 9.23, p < .001$).

Las pruebas de Bonferroni ($\alpha=0.05$) indicaron que las puntuaciones más altas en todos los índices se correspondieron con los chicos que percibieron alto riesgo en el barrio, conducta escolar disruptiva ($\bar{X} = 1.79, DE = 0.69$), delincuencia ($\bar{X} = 1.65, DE = 0.64$) y consumo de sustancias ($\bar{X} = 1.50, DE = 0.61$) en comparación con el resto de grupos derivados de la combinación de estas dos variables.

Aspy, Tolma, Oman y Vesely (2014) realizaron un estudio con el objetivo de examinar las asociaciones prospectivas de los efectos del barrio sobre el uso de drogas en adolescentes y la diferencia entre los géneros. Los participantes fueron 1093 adolescentes con una edad media de 14.3 años ($DE = 1.6$), el 53% fueron femeninos. En los resultados por género se encontró que en la mujer se asociaron significativamente las aspiraciones de un futuro activo con el no consumo de drogas ($OR = 3.04, 95\% IC 1.68, 5.50$), además la vigilancia de los padres ($OR = 1.55, 95\% IC 1.19, 2.02$) y en los factores ambientales el apoyo de barrio se asoció con una mayor probabilidad de no uso de drogas ($OR = 2.77, 95\% IC 1.47, 5.21$), en los hombres el involucramiento con la comunidad se asoció significativamente con el no uso de drogas ($OR = 1.90, 95\% IC 1.34, 2.68$), además del activo uso del tiempo (grupos/deportes) ($OR = 1.29, 95\% IC 1.10, 1.51$) y los modelos positivos entre iguales ($OR = 2.06, 95\% IC 1.67, 2.55$).

Fuentes, Alarcón, García y Gracia (2015) realizaron una investigación en España con el objetivo de analizar los factores de protección o riesgo para el consumo de

alcohol, con la peligrosidad del barrio. Los participantes fueron 628 adolescentes, 369 mujeres (58.8%) y 259 hombres (41.2%) entre 15 y 17 años ($\bar{X} = 16.03$ años, $DE = 0.79$ años)

La percepción de riesgo en el barrio se dicotomizó obteniendo dos grupos diferenciados: alto riesgo percibido y bajo riesgo percibido. El alcohol fue la sustancia con mayor porcentaje de consumidores (425) con un 67.6%. Los adolescentes que percibían alto riesgo en el barrio, obtuvieron las puntuaciones de consumo más alta ($\bar{X} = 2.10$, $DE = 0.90$) que los que presentaban una percepción del riesgo bajo ($\bar{X} = 1.79$, $DE = 0.72$).

Síntesis de los estudios.

En relación a la influencia del barrio donde reside el niño o el adolescente se encontraron diferencias entre el uso de alcohol y la percepción del barrio, por lo que los niños y adolescentes que perciben alto riesgo en el barrio presentan más problemas incluyendo el consumo de sustancias. El mayor puntaje de percepción de apoyo en el barrio, disminuye el consumo de sustancias.

Compromiso para un plan de acción.

El Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ISUC, 2015), llevó a cabo un estudio de carácter cualitativo, con el propósito de contar con una investigación que permitieran develar los discursos, significaciones y normativas de los jóvenes que ellos mismos elaboraron en torno al consumo y no consumo de alcohol. La información fue recogida a través de la técnica del grupo focal; se realizaron 12 grupos focales mixtos en cuanto a género, durante los meses de noviembre y diciembre de 2015. El tiempo de duración de los grupos fue de 90 a 120 minutos como máximo. El número de participantes por grupo estuvo entre 6 y 8. La población objetivo del estudio fueron los jóvenes de la Región Metropolitana que tenían entre 14 y 24 años; sin embargo, debido a las diferencias por grupos etarios, se dividieron en unidades de análisis y para ser acordes con el presente estudio, sólo se mencionan los resultados de la primera

unidad de análisis que fueron los estudiantes de colegios particulares, particulares subvencionados y municipales de 14 a 16 años.

Las razones de no consumo. Las principales razones que los jóvenes declaran como motivos para no consumir tienen que ver con el desinterés, las expectativas de otros relevantes, la experiencia propia y ajena, el displacer, ciertos estilos de vida y sentimientos de vulnerabilidad y desintegración social.

Que no te pillen (14 a 16 años), en los adolescentes de esta edad las razones que más peso tienen en los discursos para no consumir alcohol tienen que ver con expectativas de otros, con el desinterés, con el displacer y con el miedo al descontrol. Se encuentran en un contexto de inicio en el consumo, no tienen mucha experiencia y perciben ciertas inseguridades respecto del efecto del alcohol y de las circunstancias propicias para hacerlo.

Las expectativas de otros son un motivo bastante fuerte para el no consumo y para el no consumo excesivo; tiene que ver con la vergüenza hacia la pareja y/o padres y con el miedo a que te pillen los papás. Estos son los discursos de jóvenes de Colegios privados:

“Y con apagá de tele los papás cachan sí o sí, porque te tienen que llevar al doctor porque vai a estar pésimo, van a saber, y uno no quiere llegar a ese punto pero curao no sabí qué estoy haciendo...” (Mujer, 14 años, Colegio particular pagado)

“Yo igual yo soy muy mamón para esas cosas, me pongo nervioso, entonces muchas veces no tomo por eso mismo(...) que me cachen, que me cachen mis papás, no conocen a mis papás” (Hombre, 14 años, Colegio particular pagado)

“Si, perdis la confianza de tus papás...y yo tengo recuerdos de mi hermana que va en tercero que tomó igual cuando chica y mi mamá la cachó y la retaron demasiado. Y perdió mucha confianza y no quiero que pase eso” (Mujer, 14 años, Colegio particular pagado)

Para este grupo, la opinión de los padres tiene un peso importante aunque los

jóvenes no hayan consumido alcohol, por lo que se puede decir que existen mecanismos de supervisión parental que tienen algún grado de efectividad.

En los alumnos de colegios municipales, una razón fuerte de no consumo es el conocimiento del alcoholismo como experiencia ajena marcadora (en la familia y en el barrio). Se da a partir del conocimiento de personas que padecen dependencia y el alcohol se considera como una sustancia sumamente destructiva, y la reacción de los jóvenes es dar importancia a aprovechar las oportunidades de la vida y no caer en estilos de vida destructivos.

“No me gusta porque veo a la gente medio así, tirá pal lao, no, no me gustaría llegar a ese estado,... no me llama la atención” (Mujer, Colegio municipal, 14 años)

Asimismo, el conocimiento de que existe un riesgo de adicción basado en experiencias ajenas cercanas y/o públicas, hace que se manifieste como una sensación de miedo al descontrol.

“Es que uno ve a las personas en la calle, por ejemplo, si usted camina para Avenida Grecia, en la plaza de acá o en cualquier lado que vaya, que sea más o menos como una población va a ver un curaito ahí en la plaza o va a haber gente ahí tirá en el suelo porque esta borracho...y usted la ve, y dicen como: “Yo no quiero estar así”, toma conciencia de las cosas que pueden pasar” (Hombre, 14 años, Colegio Municipal)

A esta edad varios de los participantes no consumen alcohol y en los discursos aparecen razones relacionadas al displacer asociado al efecto mismo del consumo de alcohol. Argumentan que no les gusta el efecto ni la sensación física de estar mareados o con náuseas, o que no les gustaría dejar de recordar momentos vividos por el hecho de consumir alcohol. Otros declaran que los motivos para no consumir alcohol en exceso es porque les da miedo la reacción que puedan tener bajo efectos del alcohol; manifiestan miedo al descontrol, miedo a hacer el ridículo y el miedo a no acordarse.

“Me da miedo tomar y que se me olviden las cosas o reaccionar de otra forma que yo no quiero reaccionar, porque yo he visto, o sea en la tele he visto que, o cuando

están drogados, igual hacen cosas que no se acuerdan, y me daría miedo a mí no acordarme" (Hombre, 14 años, Colegio Municipal)

"A mí por lo menos, me daría vergüenza estar vomitando. O me daría vergüenza, póngase, ya sea cualquier cosa que sea de mí pero así como más personal. Por ejemplo: Que cuenta algo que no tenía que contar o que haga algo que no tenga que hacer" (Hombre, 14 años, Colegio municipal)

"A mí me pasa que me encanta acordarme de todo, entonces despertar y no acordarse de lo que hiciste es cómo!! A mí me encanta contar todo lo que he hecho en la noche todo, todo, y no acordarme!! No!! me daría pena!!" (Mujer, 14 años, Colegio particular pagado)

Entre los adolescentes de colegios municipales existe una fuerte asociación entre el exceso de alcohol y el riesgo de adicción, por lo que hacen una asociación entre las razones para no consumir y los riesgos asociados al mismo como, por ejemplo, desaprovechar oportunidades y volverse alcohólico.

A esta edad también es común que manifiesten motivos normativos que tienen que ver con no consumir alcohol por el imperativo de que no se necesita nada para pasarlo bien ni para compartir: *"Yo encuentro que no hay ninguna motivación para tomar...eso sería como para compartir, pero uno puede compartir con un vaso de bebida, no encuentro que es necesario por ejemplo si todos están tomando y yo no tomo, puedo compartir con un vaso de bebida, y compartir igual"* (Mujer, 14 años, Colegio Municipal)

"Porque yo encuentro que uno no lo tiene que pasar bien por tomar, yo si tomo no encuentro que lo debería pasar mejor que sin haber tomado. Prefiero hacerlo por mi parte no que el alcohol me ayude,..." (Mujer, 14 años, Colegio particular)

Varios argumentan que no toman porque no les interesa o no les llama la atención y que es elección de cada uno. Otro motivo es la mala fama especialmente entre las mujeres, al evaluar el consumo de alcohol en exceso, muchas veces se asocia a hacer

el ridículo y la mala imagen: *Y la fama también en el colegio es algo como que en verdad resalta, alguien que toma como que se sabe, no sería agradable que empezaran a comentar que una niñita chica, no, es mal visto...es como pobre niñita...*(Mujer, 14 años, Colegio particular pagado).

Flórez y Trujillo (2013) realizaron una investigación que utilizó un método cualitativo de análisis de contenido. El propósito de la investigación fue analizar los motivos de consumo y no consumo en los adolescentes de un colegio de Chía, para construir categorías acerca de las motivaciones que tenían los jóvenes para tomar una decisión de consumo de alcohol a su edad. La muestra de este estudio fue de 282 estudiantes de los grados 5o de primaria a 11 de bachillerato de un colegio mixto de Chía. El rango de edad de la muestra total era de los 9 a los 18 años.

El número de estudiantes entrevistados y el rango de edad fue el siguiente: Quinto (42) 9-11 años, Sexto (43) 11-12 años, Séptimo (40) 12-13 años, Octavo (37) 13-14 años, Noveno (43) 14-15 años, Décimo (42) 15-16 años, Once (42) 16-18 años.

En los resultados realizaron el análisis de categorías, el sistema de codificación de los motivos de consumo y las frecuencias de respuestas para cada categoría y subcategoría. La interpretación de los autores fue la siguiente: La codificación expresada como *motivos para no consumir* fueron: La categoría *recursos personales* hizo referencia a motivaciones morales, principios o valores que surgieron de la propia ética, creencias religiosas o personalidad del joven. La categoría *normas y leyes* se refirió a la presencia de figuras de autoridad, las regulaciones legales y prohibiciones que pueden significar algún tipo de castigo para el joven en el evento que consuma.

La categoría *salud física y mental* fueron las razones relacionadas con el daño que el consumo de alcohol podía generar al organismo y a la salud del estudiante. En la categoría *pérdida de control* hizo referencia a la decisión de no tomar para evitar problemas personales relacionados con un consumo problemático o el desarrollo de una adicción. La categoría, *imagen*, incluyó los motivos relacionados con las consecuencias

negativas que el consumo de alcohol podía causar en la imagen social del joven o en lo que pudieran pensar los demás de él.

Herring, Bayley & Hurcombe (2012) realizaron un estudio exploratorio cualitativo en el Reino Unido, con jóvenes de 16 a 25 años quienes tenían un bajo o nulo consumo de alcohol, con el objetivo de explorar las influencias en la toma de decisiones para tener un bajo consumo o no consumo e identificar cómo esas decisiones afectaban su vida y cómo estaban apoyadas esas decisiones.

El estudio encontró que la decisión de no consumir o tener un bajo consumo de alcohol fue una decisión positiva que los jóvenes hicieron por diversas razones. Los mensajes y las influencias más fuertes vinieron de las observaciones de la vida real. Ellos incluyeron buenos modelos parentales; para algunos viendo los efectos negativos o dañinos que causaba el alcohol en otros incluyendo amigos o familia; no les gustaba el sabor del alcohol; el alto costo; el consumo no empataba con sus otras actividades por ejemplo el deporte, la escuela; para unos sus propias experiencias negativas con el alcohol, por ejemplo después de emborracharse. En algunos jóvenes la decisión de no consumir fue central para su identidad, para otros no era una “gran cosa” como otras decisiones en su vida.

La vida de los jóvenes no consumidores se desarrolló en diversas actividades como estudios a tiempo completo, combinado con trabajo remunerado o voluntario, actividades de ocio como deportes, fotografía, baile y realizar cosas usuales como pasar el tiempo con sus amigos o ver películas; también participaron en actividades donde el alcohol no tuvo un papel importante. Los jóvenes evitaron ambientes donde se consumía alcohol; entre las respuestas y estrategias usadas donde hubo situaciones de consumo se encontraron desde un cortés pero firme “no gracias”, imitaron las bebidas para que la gente creyera que estaban bebiendo alcohol, compraron sus propias bebidas o se excusaban diciendo que tenían que manejar, acudieron por un corto tiempo a los eventos donde el enfoque era el consumo por ejemplo llegando tarde o saliendo temprano.

Definición de Términos

A continuación se presentan las definiciones operacionales que se utilizaron en la presente investigación.

Conducta previa, se definió como el primer consumo de alcohol, que refirió el niño o el adolescente y la edad en que ocurrió esta primera experiencia y se midió este concepto a través de la prevalencia alguna vez en la vida y la edad de inicio de consumo de alcohol.

Sexo, se refirió a la característica biológica que identificó al niño y adolescente como hombre o mujer.

Edad, fueron los años cumplidos que tenía el niño o el adolescente desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista, dato que fue expresado por el participante.

Escolaridad, fue el año escolar cursado en el que refirió encontrarse el niño o adolescente al momento de la entrevista.

Ocupación, fue la actividad económica remunerada que realizó el niño o adolescente y se consideró como la condición de estar sólo estudiando, o si el niño o adolescente estudiaba y trabajaba, en caso de que los participantes trabajaran se clasificaron cómo: trabajó unas horas, medio tiempo, 8 horas, todos los días, sólo algunos días, sólo el fin de semana.

Todas las variables antes mencionadas fueron medidas a través de la Cédula de Datos Personales, (CDPCA).

Religiosidad, se refirió a las creencias, prácticas, rituales y actividades religiosas públicas, privadas y el compromiso religioso que realizó el niño o adolescente. Esta variable fue medida con el Índice de Religiosidad de Duke (IRD o DUREL) de Koenig et al., (1997).

Autoestima, señala la valoración positiva o negativa que hizo el niño o el adolescente de sí mismo, en función a su estructura familiar, contexto social, identidad

personal, autonomía, motivación y emociones. Se midió con el Test de Autoestima para Escolares (TAE) de Ruiz, (2003).

Autoeficacia, fue la capacidad y confianza que tenían los niños y adolescentes en su habilidad para resistir o rechazar el consumo de alcohol en diversas circunstancias y en diferentes situaciones del contexto y fue medido mediante el Cuestionario de Autoeficacia para Resistir el Alcohol (DRSEQ-RA) de Young et al., (2007).

Resistencia a la presión de los amigos, fue la capacidad de los niños o adolescentes para resistir o rechazar los ofrecimientos de consumo de alcohol cuando no quiere hacerlo, aunque haya presión por parte de los amigos. Se midió con la Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol (ERPA) de Sánchez- Xicotencatl et al., (2013).

Historia familiar, se refirió a la frecuencia, episodios de embriaguez, si los padres bebían juntos o separados y si el participante estaba presente cuando consumían alcohol, de acuerdo a lo que refirió el niño o adolescente, sin embargo para este estudio sólo se consideraron las conductas de no consumo de los padres de acuerdo a la respuesta número 1 (*no bebe o bebía*) y se midieron por separado la historia de consumo de alcohol del padre y de la madre a través del Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol (IHFCA) de Natera et al., (2001).

Valoración del Barrio, se refiere a la percepción que tiene el niño o adolescente del contexto o escenario que lo rodea (es decir de la comunidad donde reside) en términos de si las personas de la comunidad se preocupan por los niños y adolescentes, el sentido de pertinencia, la oferta de las actividades de ocio y si existe seguridad de la comunidad, así también si refieren supervisión y control por parte de los miembros de la misma, si existe organización entre sus miembros y aceptación por parte de los adultos mayores; esta variable se midió a través de la Escala de Valoración del Barrio (EVB) de Oliva et al. (2012).

Compromiso para un plan de acción. Se refiere a la identificación de estrategias específicas utilizadas que influyen en la conducta promotora de salud, definida como el compromiso con el no consumo de alcohol, la cual se exploró de manera cualitativa, mediante el método de Teoría Fundamentada; la recolección de datos fue mediante una guía de entrevista semiestructurada utilizada en grupos focales.

Se refirió al resultado conductual de los niños y adolescentes para mantener el no consumo de alcohol. Se consideraron a los niños y adolescentes que no consumieron alcohol alguna vez en la vida.

La conducta de no consumo de alcohol en niños y adolescentes se evaluó con la primera pregunta del Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT), validado en México por De la Fuente y Kershenovich (1992) (Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica) y se complementó con la pregunta número 5 y 6 del CDPCA, que se refirió al tipo de consumo actual.

Objetivos e Hipótesis

Los objetivos de investigación que se plantearon para el presente estudio son los siguientes:

1. Determinar la capacidad explicativa del Modelo Promoción de la Salud para el No Consumo de Alcohol en niños de 5° y 6° año de primaria y de los adolescentes de 1ero. 2do. y 3er año de secundaria, a partir del MPS de Nola J. Pender.
2. Identificar las estrategias específicas utilizadas que influyen en el compromiso con el plan de acción para el no consumo de alcohol en los niños de 5° y 6° año de primaria y de los adolescentes de 1ero. 2do. y 3er año de secundaria a través de la Teoría Fundamentada.

De acuerdo a lo anterior se formularon las siguientes hipótesis para el presente estudio:

- H1. La Conducta Previa, los Factores Personales Biológicos (sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (autoestima) tienen efecto en el Resultado Conductual (no consumo de alcohol).
- H2. Los Factores Personales Biológicos (sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (autoestima) tienen efecto en la Autoeficacia.
- H3. Los Factores Personales Biológicos (sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (autoestima) tienen efecto en las Influencias Interpersonales (resistencia a la presión de grupo de pares e influencia de historia familiar de consumo de alcohol de Padre y Madre).
- H4. Los Factores Personales Biológicos (sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (autoestima) tienen efecto en las Influencias Situacionales (Valoración del Barrio).
- H5. La Autoeficacia tiene efecto en el Resultado Conductual (no consumo de alcohol).
- H6. Las Influencias Interpersonales (Resistencia a la presión de grupo de pares e historia familiar de consumo de alcohol de Padre y Madre) tienen efecto en el Resultado Conductual (no consumo de alcohol).
- H7. Las Influencias Situacionales (Valoración del Barrio) tienen efecto en el Resultado Conductual (no consumo de alcohol).

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo, muestra, criterios de inclusión, descripción de los instrumentos de medición, el procedimiento para la recolección de datos, las consideraciones éticas y el análisis de datos para el presente estudio.

Diseño del Estudio

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo y fue realizada una aproximación cualitativa (Creswell, 2009). Respecto al enfoque cuantitativo se realizó un diseño de comprobación de modelo debido a que el propósito del estudio fue plantear un Modelo Explicativo de factores que predijeran la conducta de no consumo de alcohol en niños de quinto y sexto grado de primaria y adolescentes de los tres años de secundaria (Burns & Grove, 2005). Asimismo fue transversal, ya que la obtención de los datos se realizó en un momento específico del tiempo (Polit & Hungler, 2000).

En relación al enfoque cualitativo se utilizó una aproximación cualitativa para explorar el concepto denominado compromiso para un plan de acción de los niños y adolescentes para el no consumo de alcohol. La recolección de datos se realizó a través del grupo focal, para lo cual se tomaron 11 grupos, 7 grupos de los niños de 5° y 6° año de primaria y 4 grupos conformados por los adolescentes de 1°, 2° y 3er año de secundaria, conformados de 8 a 14 participantes cada uno; la cantidad de grupos entrevistados se finalizó al momento en que el material cualitativo dejó de aportar datos nuevos y se llegó a la saturación de la información.

Población, Muestreo y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por aproximadamente 15,330 estudiantes de primaria y por 4,490 estudiantes de escuelas secundarias públicas de un Municipio Conurbado de la Ciudad de Puebla, con un alto componente indígena y con índices de moderados a altos en pobreza y rezago social (Secretaría de Desarrollo Social

[SEDESOL, 2016]). El diseño de muestreo fue probabilístico (aleatorizado), estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato, el estrato estuvo conformado por las combinaciones de nivel educativo y grado escolar, por lo cual se conformaron cinco estratos (5° y 6° año de Primaria y 1°, 2° y 3er año de Secundaria), dentro de cada estrato se usó un muestreo por conglomerados unietápico, el grupo formó el conglomerado (Para 5° y 6° año de nivel Primaria se seleccionaron 20 grupos correspondientemente, y para 1°, 2° y 3° año de nivel Secundaria se seleccionaron 17 grupos respectivamente).

El tamaño de la muestra se calculó a través del paquete estadístico nQuery Advisor, para un Modelo de Regresión Logística, con un nivel de significancia de .05, una potencia de 90%, una razón de momios (OR) de 1.5, obteniendo una muestra de 1050 participantes, sin embargo, se consideró una tasa de no respuesta aproximada del 10% y un efecto de diseño de 1.5, por lo que se encuestaron a 1223 estudiantes.

Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión para el presente estudio fueron niños y adolescentes de ambos géneros, de 8 a 16 años de edad, estudiantes que acudían de manera regular, asistían a los turnos matutino y vespertino de los grados de 5° y 6° año de nivel educativo de primaria y estudiantes del 1°, 2° y 3° grado de nivel de Secundaria, cuyos padres y los mismos niños y adolescentes aceptaron participar en el estudio.

Instrumentos de Medición

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos, se describen a continuación; fueron una Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDPCA) elaborada por la autora del estudio y siete instrumentos: Test de Autoestima para Escolares (TAE) (Ruiz, 2003); el Índice de Religiosidad de Duke (IRD o DUREL) (Koenig et al., 1997); Cuestionario de Autoeficacia para resistir el Consumo de Alcohol (DRSEQ-RA) de Young et al.(2007), Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol (ERPA) de Sánchez-Xicotencatl et al. (2013); el

Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol (IHFCA) de Natera et al. (2001), la Escala de Valoración del Barrio (EVB) de Oliva et al., (2012) y el Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) por De la Fuente & Kershenobich (1992).

Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDPCA) (Apéndice A). La Cédula de Datos Personales se conformó de 6 preguntas, para conocer las características y las experiencias individuales; la información que indagó correspondió a dos preguntas sobre factores biológicos (edad y sexo), dos preguntas de factores socioculturales (escolaridad y ocupación), dos preguntas sobre el consumo experimental de alcohol (prevalencia alguna vez en la vida de consumo de alcohol con la edad de inicio y prevalencia del consumo).

La prevalencia de consumo de alcohol mide la frecuencia del consumo de los niños y adolescentes en un tiempo y lugar determinado. Se calculó a través de cuatro medidas de tiempo: prevalencia global (el niño y adolescente ha consumido alcohol alguna vez en la vida), prevalencia lápsica (el niño y el adolescente ha consumido alcohol en los últimos 12 meses), prevalencia actual (el niño y el adolescente ha consumido alcohol en los últimos 30 días) y prevalencia instantánea (el niño y el adolescente ha consumido alcohol en los últimos siete días).

Respecto a los factores psicológicos se midió el autoestima a través del Test de Autoestima para Escolares (TAE) de Ruiz (2003) (Apéndice B), el cual evaluó el nivel general de autoestima del estudiante, es decir el valor que el escolar le otorgó a la imagen que tenía de sí mismo, la cual es una actitud positiva o negativa hacia él o ella misma; el autoestima fue medida en su entidad global del sujeto, en función a su estructura familiar, contexto social, identidad personal, autonomía, motivación y emociones. El test puede aplicarse en escolares desde 3er. año de Primaria hasta 3er. año de Secundaria. Está conformado por 25 ítems en el cual se evalúan los aspectos de Familia (ítems 6, 9, 10, 16, 20 y 22), Identidad personal (ítems 1, 3, 13, 15 y 18),

Autonomía (ítems 4, 7 y 19), Emociones (ítems 5, 12, 21, 24 y 25), Motivación (ítems 14, 17 y 23) y Socialización (ítems 2, 8 y 11) tiene una escala de respuesta dicotómica de 0 y 1, el cual tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 25 puntos.

Las preguntas que se transformaron o en las que se invirtieron los puntajes donde $1=0$ y $0=1$, fueron las siguientes: 1, 2, 3, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24 y 25. De acuerdo al puntaje se obtuvo el nivel de autoestima donde de 0 a 11 puntos se señala que tiene una baja autoestima, de 12 a 15 puntos tiene una tendencia a baja autoestima, 16 puntos presenta una autoestima en riesgo, de 17 a 21 puntos se presenta una tendencia a alta autoestima y de 22 a 25 puntos tiene una alta autoestima; para su uso estadístico esta escala se convirtió en índices en una puntuación de 0 a 100, lo que indicó que a mayor puntaje, mayor autoestima. Para este Test, se obtuvieron Alphas de Cronbach de 0.92 para quinto de primaria, 0.91 para sexto de primaria, 0.94 para primero de secundaria y 0.92 para segundo de secundaria en escuelas públicas de Perú (Ruiz, 2003).

En relación a los factores socioculturales como la religiosidad se utilizó el Índice de Religiosidad de Duke (IRD) o Duke University Religion Index (DUREL), desarrollada por Koenig et al. (1997) (Apéndice C). La escala está conformada por cinco ítems que evalúan las tres dimensiones principales de implicación religiosa. La Actividad Religiosa Organizacional (ORA) consiste en actividades religiosas públicas tales como asistir a servicios religiosos o participar en otras actividades religiosas relacionadas con el grupo (grupos de oración, grupos de estudio de las escrituras). Respecto a la Actividad Religiosa No-Organizacional (NORA) consiste en las actividades religiosas realizadas en privado, tales como la oración, estudio bíblico, ver la televisión religiosa o escuchar radio religiosa. Religiosidad Intrínseca (IR) evalúa el grado de compromiso religioso personal o motivación.

La IR ha sido comparada con la religiosidad extrínseca (ER), una forma de religiosidad principalmente "para mostrarse" donde la religiosidad se utiliza como un

medio para un fin más importante (éxito financiero, estatus social, comodidad, o como una actividad social muy agradable), en lugar de por causa de la religión solamente. La IR, en cambio, consiste en perseguir la religión como un fin último en sí mismo. El índice de religiosidad tuvo un rango total de 5 a 27 puntos. Cada subescala evalúa un determinado aspecto de la práctica religiosa o devoción religiosa. La subescala 1 (Pregunta 1) interroga sobre la frecuencia de asistencia a servicios religiosos (ORA). La subescala 2 (Pregunta 2) indaga sobre la frecuencia de actividades religiosas privadas (NORA).

La subescala 3 (Preguntas 3, 4 y 5) evalúan la religiosidad intrínseca (IR). Las puntuaciones están dispuestas en una escala de Likert con 5 (IR) y 6 opciones de respuesta (ORA y NORA). No se recomienda sumar las tres subescalas en una puntuación total de la religiosidad general. Se utilizó en pacientes hospitalizados en Carolina del Norte y obtuvo una consistencia interna Alpha de Cronbach entre 0.78 a 0.91 (Koenig & Büssing, 2010) y en estudiantes universitarios del área de la salud de Brasil se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.89 (Taunay et al. 2012).

En relación al segundo constructo del MPS referente a las Cogniciones y Afectos Específicos de la Conducta, se consideraron los conceptos de Autoeficacia, Influencias Interpersonales e Influencias Situacionales. La autoeficacia fue evaluada a través del Cuestionario de Autoeficacia para resistir el Alcohol (DRSEQ-RA por sus siglas en Inglés Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire- Revised Adolescent Versión) (Apéndice D) fue desarrollado por Young et al. (2007). El DRSEQ-RA es un cuestionario de 19 ítems diseñado para evaluar a un adolescente en su capacidad de resistir el alcohol bajo presión social, el alivio emocional, o cuando se le presenta la oportunidad de consumo.

Las respuestas se clasifican en una escala Likert de seis puntos con puntuaciones de 1 a 6 (1= Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo de alcohol, 2= Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo de alcohol, 3= Es probable que no

pueda resistir el consumo de alcohol, 4=Es probable de que pueda resistir el consumo de alcohol, 5= Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo de alcohol y 6= Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo de alcohol), el nivel más alto indica un mayor nivel de autoeficacia. La puntuación mínima del instrumento es de 19 y la puntuación máxima es de 114.

El cuestionario se divide en tres dimensiones Autoeficacia de Presión Social (ítems 4, 6, 9, 12 y 15), Autoeficacia de Alivio Emocional (ítems 2, 7, 10, 13, 16, 18 y 19) y Autoeficacia Oportunista (ítems 1, 3, 5, 8, 11, 14 y 17). La escala pide a los adolescentes que se evalúen en su capacidad de que pueden resistir el consumo de alcohol en una variedad de situaciones, incluyendo "*Cuando estoy viendo la tele*", "*Cuando estoy en una fiesta*", "*Cuando estoy preocupado*", "*Cuando me siento deprimido*" o "*Cuando mi novio / novia está bebiendo alcohol*". Este instrumento se aplicó en estudiantes preparatorianos de una escuela privada del Estado de México y mostró una confiabilidad aceptable de .88 (Castillo, 2009) y en estudiantes de secundaria de Australia con 0.92 a 0.97 (Connor, George et al., 2011).

Respecto al concepto de Influencias Interpersonales, se abordó a través de la Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol (ERPA) de Sánchez-Xicotencatl et al. (2013)(Apéndice E). El instrumento midió la resistencia a la presión de pares con relación al consumo de alcohol, la cual es definida como el rechazo del adolescente a consumir alcohol cuando no lo desea aunque lo presionen sus amigos; está constituido por seis reactivos, los reactivos se refieren a situaciones en donde el adolescente no quiere consumir alcohol pero existe una presión implícita o explícita de parte del mejor amigo o del grupo de amigos. Las respuestas se clasifican en una escala Likert con cuatro opciones de respuesta (1=nunca, 2=pocas veces, 3=muchas veces y 4=siempre).

Cuenta con un valor mínimo de 6 y un máximo de 24, de tal forma que a mayor puntaje significa mayor resistencia a la presión de amigos. El hecho de que sea una

escala con pocos reactivos la hace fácil de responder y evita el cansancio de los participantes además de que se puede incluir en cuestionarios más amplios. La escala obtuvo una consistencia interna de .77 aplicada en estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México (Sánchez-Xicotencatl et al., 2013).

Para evaluar también las influencias interpersonales de acuerdo al MPS se utilizó el Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol [IHFCA] de Natera-Rey et al., (2001) (Apéndice F) está constituido por 6 ítems. Las preguntas del IHFCA examinan la frecuencia del consumo de alcohol por parte del padre y madre en términos de frecuencia de consumo y embriaguez, así como la forma en que se realiza el consumo de alcohol, es decir si los padres consumen solos o juntos, como también se cuestionó si el adolescente está presente cuando alguno de sus padres ingiere alcohol.

La puntuación está constituida en los ítems 1, 2, 3, 4 es 0 = No bebe o bebía, 1 = Una vez al año o menos, 2 = Unas cuantas veces al año, 3 = Una o dos veces al mes, 4 = Más o menos una vez a la semana, 5 = Dos o tres veces a la semana, 6 = Cuatro o cinco veces a la semana y 7 = Más o menos a diario. El ítem 5 presenta las siguientes opciones de respuesta 0 = Nunca, No sabe o No contestó, 1 = Sólo uno de los padres bebe, 2 = Siempre separados, 3 = Por lo general separados, 4 = Tanto juntos como separados, 5 = Casi siempre juntos, 6 = Siempre juntos. En el ítem 6 las opciones de respuesta son 0 = Nunca, No sabe o No contestó, 1 = De vez en cuando y 2 = Casi siempre.

Estas preguntas se evalúan cada una por separado y se califican con puntajes de cero a siete puntos, si la respuesta es cero se considera historia familiar negativa (-) lo que significa que el entrevistado notifica haber vivido con padres abstemios o cuyo consumo era ocasional y de uno a siete puntos se considera una historia familiar positiva (+) al consumo de alcohol. Este cuestionario reportó un Alpha de Cronbach de 0.79 en población adulta (Natera-Rey et al., 2001) y de 0.80 en estudiantes universitarios (Armendáriz et al., 2014) ambos en México. El inventario reportó un valor mínimo de 0

y máximo de 36 puntos, lo cual indica que puntajes de 2 hasta 7 por pregunta indican presencia de Historia Familiar positiva de Alcohol de Padre, Madre o Ambos. Si la respuesta fue de cero a uno por pregunta se consideró sin historia familiar de consumo de alcohol. Para fines de este estudio se midieron por separado la conducta del padre y de la madre.

Para el concepto de Influencias Situacionales del MPS para el consumo de alcohol se midió a través de la Escala de Valoración del Barrio (EVB) de Oliva et al. (2012) (Apéndice G); esta escala permite evaluar la percepción que niños y adolescentes tienen de diversos factores del barrio (comunidad) en el que residen, y que pueden considerarse activos o recursos comunitarios para la promoción del desarrollo positivo del adolescente.

Esta escala está conformada por 22 ítems que deben ser puntuados en una escala comprendida entre 1 (Totalmente falsa) y 7 (Totalmente verdadera). Ofrece cinco puntuaciones parciales de diferentes dimensiones de la comunidad que pueden actuar como activos o recursos para promover el desarrollo positivo del adolescente. También ofrece una puntuación global que puede considerarse como un indicador de calidad del barrio desde el punto de vista de los adolescentes que residen en él, la cual se convirtió en un índice de una escala de 0 a 100 puntos.

Las cinco dimensiones que evalúa son las siguientes: 1) Empoderamiento de la juventud se refiere al grado que los adolescentes perciben que las personas de su comunidad o barrio se preocupan por sus jóvenes, los apoyan, los valoran y fomentan su participación. Esta dimensión fue conformada por 6 ítems (1, 2, 3, 5, 10 y 16) con un valor mínimo de 6 y máximo de 42.

2) Apego al barrio, incluye cuatro ítems (4, 7, 8 y 9) referidos al sentimiento de pertenencia o vinculación con la comunidad de su barrio. El valor mínimo de esta dimensión es de 4 y el valor máximo es de 28 puntos, obtuvo un Alpha de Cronbach de .91.

3) La subescala de seguridad de la comunidad está conformada por cuatro ítems (11, 13, 14 y 21 con un valor mínimo de 4 y máximo de 28) a través de los cuales quien responde el cuestionario indica la percepción que tiene de la seguridad de su barrio y la ausencia de delitos y violencia, ha obtenido un Alpha de Cronbach de .87.

4) Control Social, se refiere a la supervisión y control que las personas adultas del vecindario ejercen sobre jóvenes y adolescentes y a su predisposición a intervenir en caso de que observen comportamientos inapropiados. Esta subescala está conformada por cuatro ítems (6, 15, 17 y 18), con un valor mínimo de 4 y máximo de 28, se ha obtenido un Alpha de .85.

5) La subescala de actividades para los jóvenes está integrada por cuatro ítems (12, 19, 20 y 22) que conforman esta dimensión respecto a la oferta de actividades de ocio dirigidas a las personas jóvenes, que se llevan a cabo en el barrio, con un valor mínimo de 4 y máximo de 28 puntos. Obtuvo una confiabilidad Alpha de Cronbach de .80.

Para la aplicación de esta escala en primer lugar debían invertirse las puntuaciones de los ítems incluidos en la subescala de seguridad de la comunidad (ítems 11, 13, 14 y 21). Para ello, se cambiaron las puntuaciones de esta manera (1=7, 2=6, 3=5, 4=4, 5=3, 6=2 y 7=1), se obtuvieron índices en una escala de 0 a 100 puntos. Las subescalas obtuvieron Alphas de Cronbach de .80 a .91 en estudiantes de educación secundaria de España (Oliva et al., 2012).

Con la finalidad de medir el Compromiso con el Plan de Acción que efectuó el niño o adolescente para el no consumo de alcohol, se realizó un acercamiento cualitativo, basado en la Teoría Fundamentada. Los datos se obtuvieron a partir de una entrevista semiestructurada o grupo focal la cual se grabó (Apéndice I).

Finalmente para evaluar el resultado conductual de No consumo de Alcohol, se utilizó el Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) Babor, De la Fuente, Saunders & Grant (1992), (Apéndice H). Es el único test de

screening diseñado específicamente para uso internacional. En México De la Fuente et al. (1992) validan este cuestionario en población mexicana y consideran clasificar el consumo de alcohol de acuerdo a la cantidad, frecuencia y problemas presentados y lo dividen en tres tipos de consumo: Consumo sensato (sin riesgo) cuando la ingesta de alcohol no excede los 40 gramos de etanol (cuatro bebidas estándar), no más de tres veces por semana en los varones y 20 gramos de etanol (dos bebidas estándar) en las mujeres, no más de tres veces por semana.

El consumo dependiente (de riesgo) se refiere a aquél que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol; este consumo dependiente se refiere al consumo de cuatro a nueve bebidas por ocasión en el sexo masculino y de tres a cinco bebidas por ocasión en el sexo femenino además de haber dejado de realizar alguna actividad cotidiana causada por el consumo de alcohol, así como no dejar de beber una vez que inició o beber en la mañana siguiente después de beber en exceso el día anterior.

Por último, el consumo dañino (perjudicial) que es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol el cual ocurre al consumir en un día típico, 10 o más bebidas por ocasión en el sexo masculino y de seis a más bebidas por el sexo femenino, además de sentirse culpable o tener remordimientos por haber bebido alcohol, así también que olvidó algo de lo que sucedió cuando estuvo bebiendo, si alguna persona ha resultado lesionada como consecuencia de su consumo de alcohol o si sus amigos, además de sus familiares o algún profesional de la salud, le ha manifestado su preocupación por su forma de beber.

El AUDIT es una breve escala estructurada que contiene preguntas sobre el consumo reciente de alcohol, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Está compuesto de 10 ítems con respuestas tipo Likert, cada respuesta tiene un valor numérico que va de cero hasta dos o cuatro puntos; con ellas se evalúa el consumo

de alcohol realizado durante los últimos doce meses. La puntuación es obtenida por la totalidad de los ítems individuales. La sumatoria de las puntuaciones oscila de 0 a 40 puntos donde a mayor puntuación mayor es el consumo de alcohol.

La primera pregunta reporta un patrón de respuesta donde 0 es nunca, 1=Una o menos veces al mes, 2= dos o cuatro veces al mes, 3= dos o tres veces por semana y 4= cuatro o más veces por semana. Para la segunda pregunta, la respuesta va de 0= una o dos copas, 1= tres o cuatro copas, 2= cinco o seis copas, 3= siete a nueve copas y 4= diez copas o más. Las preguntas 3 a la 8 cuentan con cinco opciones de respuesta siendo 0= nunca, 1= menos de una vez al mes, 2= mensualmente, 3=semanalmente y 4= diario o casi diario y para las preguntas 9 y 10 las opciones de respuesta varían de 0 a 4 donde 0= no, 2= sí, pero no en el curso del último año y 4=sí, en el último año.

Diversos estudios han descrito la fiabilidad del AUDIT. Los resultados indican una alta consistencia interna, lo que sugiere que el AUDIT está midiendo un constructo único de modo fiable, los autores reportaron una sensibilidad del 80% y una especificidad de 95% (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). En México Pérez y Lucio-Gómez (2010), reportaron un Alpha de Cronbach de .82 obtenida en una muestra de estudiantes de educación media superior.

Para este estudio se consideró la primera pregunta del cuestionario para medir la conducta de No Consumo de Alcohol ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino) y la primera respuesta (nunca).

La conducta de no consumo incluyó a los abstemios de toda la vida.

Esta variable también se midió con las preguntas 5 y 6 del CDPCA. La pregunta cinco indaga ¿Has tenido algún tipo de experimentación con el consumo de alcohol?, la primera respuesta es *no, nunca*, con lo que se consideró la conducta de abstinencia. La pregunta seis menciona ¿A los cuántos años tuviste tu primera experimentación con el consumo de alcohol?, la primera respuesta es *no, nunca*. Con estas repuestas se trató de confirmar la conducta promotora de salud. Además de evaluar la prevalencia de

consumo de alcohol, en la cual si reporta que no ha consumido en ninguna de las cuatro prevalencias refiere que mantiene una conducta saludable de no consumo de alcohol.

Procedimiento de Recolección de Datos

En primer lugar se obtuvo la aprobación del estudio por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se solicitó la autorización a la Secretaría de Educación Pública del Estado de Puebla y después a las autoridades de las instituciones educativas de nivel básico (Tres Primarias y Cinco Secundarias) donde se realizó el estudio.

Se solicitó una reunión con las autoridades de las instituciones educativas donde se llevó a cabo el estudio, en la que se les dio a conocer el propósito, objetivos del estudio de investigación, instrumentos, tiempo de recolección de datos, así como la aclaración de las dudas que tuvieron, también se pidió la asignación de espacios para la aplicación de los instrumentos, así como un espacio privado para los grupos focales.

Posteriormente se tuvo una reunión con los padres de familia para explicarles de la misma manera el propósito y objetivos del estudio, se enfatizó en las consideraciones éticas (anonimato y confidencialidad) y se aclararon las dudas que se presentaron una vez que se les dio la información; se les explicó también a los padres de familia que no serían interferidas las actividades escolares por la participación de su hijo (a) en el estudio. Asimismo se les solicitó su autorización para que aceptaran la participación de sus hijos y se les comentó que se les haría entrega del documento impreso para que lo devolvieran firmado quienes aceptaran la colaboración de sus hijos en el estudio (consentimiento informado para el enfoque cuantitativo y para la aproximación cualitativa) (Apéndice L y Apéndice M, respectivamente).

En la selección de los participantes se solicitaron los listados de las escuelas de nivel primaria y secundaria; se les asignaron números del 1 al infinito de acuerdo al nivel, año o grado escolar y grupos, se hizo la aleatorización a través del programa Excel

para considerar la muestra de los participantes en forma de conglomerados (grupos). Posteriormente se procedió a la localización de los grupos participantes de 5to. y 6to. año de primaria y de los grupos de 1º, 2º y 3º año de secundaria.

Una vez identificados los grupos se procedió a localizar a los niños y adolescentes para invitarlos a que fueran parte del estudio y para programar su participación, a los posibles participantes se les dio brevemente una explicación clara y sencilla de los objetivos del estudio y en qué consistía su participación, aclarándoles las dudas que tenían en todo momento, cabe señalar que se les enfatizó que si era su deseo no participar en el estudio y si tuvieran una opinión contraria, no tendrían ninguna repercusión en sus actividades escolares. Se les explicó que en caso de que desearan colaborar se les proporcionaría el consentimiento escrito para que lo llevaran a su padre, madre o tutor y lo regresaran firmado aceptando de esta forma su participación. Se les subrayó que en el caso de aceptar participar se les entregaría el asentimiento informado, recalcando lo relativo a los aspectos éticos, respecto al anonimato y confidencialidad.

Cabe señalar que la recolección de los datos se realizó en dos fases pero en un solo momento, en una primera fase se obtuvieron los datos cuantitativos y en una segunda fase se obtuvieron los datos cualitativos, la recolección de información se realizó por la investigadora principal y una profesional de la salud previamente capacitada por la investigadora.

Para la fase cuantitativa del estudio, se solicitaron los espacios a la institución educativa para emplear los instrumentos de forma autoaplicable de tal forma que los participantes pudieran sentirse cómodos para el llenado de éstos. Se inició con la colecta de los consentimientos firmados por los padres o tutores y se volvió a solicitar la participación de los niños y adolescentes, aclarándoles que aunque sus padres habían consentido, ellos podían retirarse si lo deseaban. A quienes aceptaron participar se les entregó el asentimiento informado (Apéndice K), en seguida se les entregó un sobre manila con los instrumentos que se les aplicarían.

Se inició con la aplicación de los instrumentos en el siguiente orden, primero se aplicó la Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDPCA), posteriormente se aplicó el Test de Autoestima para Escolares (TAE), seguida del Índice de Religiosidad de Duke (IRD), el Cuestionario de Autoeficacia para resistir el Consumo de Alcohol (DRSEQ-RA), la Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol (ERPA), el Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol (IHFCA), la Escala de Valoración del Barrio (EVB) y el Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT).

Cabe destacar que en el caso de los estudiantes de primaria, se fueron leyendo las preguntas y los estudiantes contestaban al finalizar la misma, esta estrategia se implementó dado que no todos los niños tenían la misma habilidad de comprensión y rapidez en la lectura. En el caso de los estudiantes de secundaria, cada estudiante contestó a su ritmo.

Cuando terminaron de contestar los primeros cuatro instrumentos se les pidió levantarse, estirarse e ir al sanitario quien deseara hacerlo. Posteriormente se aplicaron los otros cuatro instrumentos y cuando los participantes finalizaron de dar respuesta a los instrumentos, se le pidió que lo revisaran cuidando de no dejar ninguna pregunta sin contestar y se les solicitó que entregaran los instrumentos en el sobre, en una urna que se colocó frente al aula. Se agradeció su participación y se les aseguró que nadie tendría acceso a los datos con excepción de la investigadora principal. También se les hizo la invitación a continuar con su participación en la segunda fase del estudio, a través de los grupos focales.

En la segunda fase, los estudiantes de 5° y 6° año de Primaria y 1°, 2° y 3° er. año de secundaria que confirmaron formar parte del grupo focal y cuyos padres habían firmado el consentimiento informado, se les solicitó que firmaran el asentimiento informado para la fase Cualitativa (Apéndice J), además se les solicitó su consentimiento para grabar el audio del grupo focal y se les señaló que una observadora estaría tomando

notas.

La técnica de recolección fue el grupo focal, que se considera una técnica útil para estudios donde se abordan sentimientos, creencias y se describen experiencias y se considera resulta adecuada a partir de la aproximación teórica del fenómeno a estudiar y del objetivo de investigación. Para el reclutamiento y conformación de los grupos focales se hizo la invitación a los niños y adolescentes del 5° y 6° año de primaria y de los tres niveles de secundaria (1°, 2° y 3°) de los turnos matutino y vespertino a participar voluntariamente. Quienes aceptaron participar, presentaron firmado el consentimiento y asentimiento informado por sus padres o tutores y ellos respectivamente. Para la realización de los grupos focales se emplearon grupos “naturales”, es decir, se realizaron los grupos focales en las escuelas con compañeros del mismo curso, lo que permitió que el hecho de que los participantes ya se conocieran entre sí se creara un ambiente de más confianza para expresarse y permitió además observar las dinámicas ya existentes que se articulan de una manera similar en la realidad (Demant & Ravn, 2010). También permitió que se obtuvieran discursos comunes al grupo de pares según la edad y grupos mixtos por la participación de ambos géneros.

Fueron un total de 123 estudiantes quienes aceptaron participar; se conformaron 11 grupos focales, siete grupos de quinto y sexto año de primaria y cuatro grupos para el nivel de secundaria, el número de participantes fueron de 8 a 14 niños y adolescentes; basados en la Teoría Fundamentada la saturación teórica determinó finalizar las entrevistas cuando la información obtenida no aportaba nada nuevo. La realización del grupo focal se llevó a cabo a partir de la propuesta de Do Prado, de Souza, Monticelli, Cometto y Gómez (2013) que habla de las actividades previas, durante y posterior a la entrevista.

El tiempo de duración de los grupos fue de 50 minutos, fraccionados en 10 minutos para inicio, 35 minutos para discusión de la guía y 5 minutos para cierre, en la

cual se buscó que los participantes expresaran las estrategias específicas que utilizaron para mantenerse en el compromiso del no consumo de alcohol.

El desarrollo de los grupos focales se hizo de la siguiente forma, la entrevista se realizó en un espacio privado, silencioso, sin interferencias de terceros y que fue designado por las autoridades de la institución educativa, se trató de que fuera lo más cómodo posible, con buena ventilación e iluminación; con el propósito de que los estudiantes hablaran con confianza, se respetó la confidencialidad y se tuvo el mínimo de interferencias en las grabaciones, como ruidos y distracciones externas.

Se les dio una breve bienvenida a los participantes, agradeciendo su presencia y por haber accedido a participar en el estudio, posteriormente se sentaron en forma de círculo para que todos tuvieran la oportunidad de interactuar, se colocó el equipo de audio para estar listo para su uso, la discusión se grabó debidamente en un dispositivo electrónico para contar con el respaldo textual de los participantes y posteriormente poder transcribirlo. Se tuvo el apoyo de un secretario y un observador, los colaboradores eran profesionales de la Facultad de Psicología.

A continuación se les pidió que escribieran un nombre ficticio y su verdadera edad en una etiqueta o una hoja para poder identificarlos conforme participaban y de esta forma guardar el anonimato. Seguidamente se reforzaron los objetivos, procedimientos y el tiempo en que se llevaría a cabo la entrevista.

Posteriormente se establecieron una serie de preguntas abiertas del investigador para producir conversaciones informales, de modo que los participantes se sintieran libres de expresar sus experiencias y opiniones; se les solicitó que permitieran la participación de todos evitando interrupciones y que las respuestas no se consideraban como buenas o malas, por lo que podían expresar abiertamente lo que pensaban, asimismo se mantuvo la discusión centrada en el tema que se discutía, de forma que no hubiera desvíos en el foco de investigación. La entrevista a través del grupo focal fue grabada y se realizaron notas de campo, por lo que se solicitó a los participantes su

autorización para que quien fungía como observador describiera y tomara nota de lo que acontecía en la sesión, se señaló que posteriormente se capturarían los datos y que no se identificarían los relatos con sus nombres.

Al finalizar la sesión grupal se agradeció su participación y se les recordó que todas sus aportaciones fueron importantes y que nadie tendría acceso a la información. La información obtenida tanto de los instrumentos como las grabaciones es resguardada por la investigadora principal por un periodo de 12 meses posterior a la culminación del estudio, ulterior a ello será destruida.

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987), el cual señala que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos relacionados con la investigación en seres humanos, de acuerdo a lo que se establece en el Título II, Capítulo I, Artículo 13, se garantizó el respeto a la dignidad y el bienestar de los niños y adolescentes que participaron en la investigación, se cuidó además su privacidad al aplicar los instrumentos no identificándolos, se les brindó siempre un trato respetuoso a los participantes del estudio.

Respecto al Artículo 14, Fracciones I,V, VI, VII y VIII y los principios científicos que lo justifican, se contó con el dictamen favorable de las Comisiones de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, cabe señalar que se contó con el asentimiento y consentimiento informado por escrito de los niños y adolescentes o su representante legal (Padres o Tutor), con las excepciones que este reglamento señala, por ello se le proporcionó el asentimiento informado y consentimiento informado para el Padre o Tutor a cada uno de los participantes del estudio. La recolección de los datos se realizó por profesionales de la salud previamente capacitados con pleno conocimiento y en el cual se cuidó la integridad del niño y adolescente en todo momento, cuidando su

privacidad y anonimato y se les dio toda la libertad de retirarse en el momento que lo desearan.

De acuerdo al Artículo 16, se señala que en las investigaciones en seres humanos se protege la privacidad del individuo sujeto de investigación (niño o adolescente), por lo que no fue identificado con su nombre y al entregarlos en un sobre manila cerrado, se mantuvo el respeto a la confidencialidad y anonimato. Con base en el Artículo 17 Fracción II, esta investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que se abordaron aspectos relacionados con la conducta, percepciones del niño o adolescente, sin embargo, sólo se presentó un caso de repercusión en el estado emocional de una participante, el cual fue atendido por una psicóloga.

Para dar cumplimiento a los Artículos 20 y 21, Fracciones I, VI, VII y Artículo 22, se le entregó al niño y adolescente por escrito el asentimiento informado y por ser menor de edad se obtuvo la autorización del padre o tutor a través del consentimiento informado. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Por lo tanto se les mencionó a los participantes del estudio que estaban en libertad de abandonar en cualquier momento la aplicación de la encuesta. Se les explicó claramente en qué consistía su participación en el estudio, los objetivos, la importancia de su participación, se les aclaró que sus respuestas serían anónimas y confidenciales, se les dio respuesta a cualquier duda que surgió en el proceso de la investigación. La información proporcionada se resguardará por un periodo de 12 meses en un lugar seguro, donde sólo la investigadora principal tendrá acceso, después de esta fecha la información será destruida.

De acuerdo al Artículo 29 del Capítulo II de la Investigación en Comunidades, el investigador principal obtuvo la aprobación de las autoridades educativas, por lo cual se contó con la autorización de la Secretaría de Educación Pública del Estado de Puebla y de las escuelas donde se llevó a cabo el estudio.

Respecto al Artículo 57 y 58 Fracciones I, II y V la participación de los niños y adolescentes estuvo sujeta a las autorizaciones de las autoridades educativas, de los padres o tutores y de los participantes, a través de la firma del asentimiento informado y el consentimiento informado y la autorización de la institución educativa, ya que los niños y adolescentes son un grupo subordinado en el que el asentimiento y consentimiento puede estar influenciado por alguna autoridad; también se les aclaró en todo momento que su participación no afectaría su situación escolar y los resultados del presente estudio no serían utilizados en perjuicio de los participantes, por tal motivo la participación sería voluntaria, y la información que se obtuvo no afectaría la condición del estudiante dentro de la institución educativa, ni con las autoridades.

Análisis de los Datos

Para el procesamiento de los datos cuantitativos se utilizó el paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 21.0. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial; para la caracterización de la muestra se presentaron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Para contrastar la hipótesis de normalidad en las variables continuas se aplicó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors y se decidió el uso de Pruebas no Paramétricas para dar respuesta a los objetivos e hipótesis de investigación debido a que no se presentó normalidad en las variables del estudio. Para identificar las relaciones entre las variables del estudio, se utilizó estadística multivariada y de comprobación de modelo.

Para dar respuesta al objetivo general del estudio que refiere: Determinar la capacidad explicativa del Modelo Promoción de la Salud para el No Consumo de

Alcohol en niños de 5° y 6° año de primaria y de los adolescentes de 1ero., 2do. y 3er año de secundaria, a partir del MPS de Nola J. Pender, se realizó el Coeficiente de Correlación de Spearman y el Modelo de Regresión Logística.

Para dar respuesta a las Hipótesis planteadas que señalaron: H1. La conducta previa, los Factores Personales Biológicos (sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (autoestima) tienen efecto en el resultado conductual (no consumo de alcohol), se utilizó un Modelo de Regresión Logística, para conocer el efecto de las variables del estudio.

Para responder a la segunda hipótesis H2. Los Factores Personales Biológicos (sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (autoestima) tienen efecto en la autoeficacia para el no consumo de alcohol, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman de acuerdo a la normalidad de las variables del estudio y el Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

La tercera hipótesis señaló que los Factores Personales Biológicos (sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (autoestima) tienen efecto en las Influencias Interpersonales (resistencia a la presión de los amigos e Influencia de Historia Familiar de Consumo), se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman de acuerdo a la normalidad de las variables del estudio y el Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

Para responder la cuarta hipótesis que señaló los Factores Personales Biológicos (sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (autoestima) tienen efecto en las Influencias Situacionales (Valoración del barrio), se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman de acuerdo a la normalidad de las variables del estudio y el Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

Para dar respuesta a la quinta, sexta y séptima hipótesis planteadas que señalaron: H5. La autoeficacia tiene efecto en el resultado conductual (no consumo de alcohol); H6. Las Influencias Interpersonales (resistencia a la presión de los amigos e historia familiar

de consumo de alcohol de padre y madre) tienen efecto en el resultado conductual (no consumo de alcohol); H7. Las Influencias Situacionales (Valoración del barrio) tienen efecto en el resultado conductual (no consumo de alcohol) se obtuvieron Modelos de Regresión Logística Binaria respectivamente.

Cabe señalar que para los hallazgos adicionales del estudio se utilizaron también Modelos de Regresión Lineal Múltiple para determinar la capacidad explicativa del MPS para la conducta no promotora de salud de consumo de alcohol.

Para dar respuesta al segundo objetivo del estudio que señala Identificar las estrategias específicas utilizadas que influyen en el compromiso con el plan de acción para el no consumo de alcohol en los niños de 5° y 6° año de primaria y de los adolescentes de 1ero. 2do. y 3er año de secundaria. Se realizó el análisis de los datos cualitativos, se hizo la transcripción completa de cada una de las entrevistas semiestructuradas, a través de la técnica de recolección de grupos focales. El análisis de los datos recolectados de la discusión de los grupos focales, se realizó de manera artesanal, el texto se resguardó en formato Word. El análisis cualitativo permitió identificar el compromiso de no consumo de alcohol y conocer las estrategias específicas utilizadas para mantenerse en esta conducta de no consumo de alcohol.

De acuerdo a Flick (2004), se siguió un proceso basado en la Teoría Fundamentada (TF). Los datos se "descubrieron" y se formularon al relacionarse con el campo y los datos empíricos que se encontraron en él. Su relevancia para el tema determinó la manera en que se seleccionó a las personas que se estudiaron. El enfoque de la TF centra firmemente el interés en la interpretación de los datos sin importar cómo se obtuvieron. Aquí, la pregunta de qué método utilizar para recoger los datos se hace menor.

La Teoría Fundamentada utiliza la descripción como base para la teorización, donde se señala que la descripción se nutre del vocabulario ordinario para expresar ideas sobre cosas, personas y lugares y que la gente necesita para expresar lo que está

pasando, cómo se ve el panorama o qué está haciendo en él (Strauss & Corbin, 2002). La investigación cualitativa se realizó a través de las entrevistas que permitieron analizar las experiencias de los niños y adolescentes relacionándolas con prácticas cotidianas, lo que correspondió en este estudio en conocer las estrategias específicas utilizadas por los niños y adolescentes para mantenerse en la conducta de no consumo de alcohol.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos del estudio realizado en 1223 niños de primaria y adolescentes secundaria pertenecientes a escuelas públicas de una zona conurbada de la Ciudad de Puebla, con un alto componente indígena y con índices de moderados a altos en pobreza y rezago social.

En primer lugar se describe la consistencia interna de los instrumentos, posteriormente la estadística descriptiva de las variables del estudio, seguida de la estadística inferencial para dar respuesta al primer objetivo del estudio y las hipótesis planteadas. Finalmente se muestran los resultados del segundo objetivo del estudio mediante el acercamiento cualitativo en el que se utilizó el método de la Teoría Fundamentada y la recolección de datos fue realizada a través de grupos focales mediante entrevista semiestructurada.

Consistencia Interna de los Instrumentos

A continuación se expone la consistencia interna de los instrumentos: Test de Autoestima para Escolares (TAE), Índice de Religiosidad de Duke (IRD), Cuestionario de Autoeficacia para resistir el Alcohol (DRSEQ-RA), Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol (ERPA), Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol (IHFCA), Escala de Valoración del Barrio (EVB) y el Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT); los cuales se verificaron mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach.

En la tabla 1 se muestra la confiabilidad de los instrumentos, en la que se destaca que todos los instrumentos utilizados en el presente estudio mostraron una consistencia interna aceptable (Burns & Grove, 2012) que osciló de $\alpha=.60$ a $\alpha=.97$.

Tabla 1

Coefficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach

| Instrumento | Total de ítems | No. de ítems | Alpha de Cronbach |
|--|----------------|--------------|-------------------|
| 1. Test de Autoestima para Escolares | 25 | 1 - 25 | .75 |
| 2. Índice de religiosidad de Duke | 5 | 1-5 | .76 |
| 3. Cuestionario de Autoeficacia para resistir el Alcohol | 19 | 1-19 | .97 |
| 4. Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol | 6 | 1-6 | .75 |
| 5. Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol | 4 | 1-4 | .60 |
| 6. Escala de Valoración del Barrio | 22 | 1-22 | .86 |
| 7. Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol | 10 | 1-10 | .71 |
| <i>Nota:</i> (TAE), (IRD), (DRSEQ-RA), (ERPA), (IHFCA), (EVB) y (AUDIT) | | | n= 1223 |

Estadística Descriptiva

A continuación se presentan los resultados de las variables sociodemográficas de los niños del 5° y 6° año de primaria y de los adolescentes de los tres grados de secundaria que formaron la muestra, se obtuvo un promedio de edad de 11.35 años ($DE=1.46$) con una edad mínima de 9 años y máxima de 15 años; en relación al género el 47.8% fueron hombres y 52.2% mujeres, respecto a la escolaridad, más de la mitad de los participantes pertenecían al quinto (28.4%) y sexto (32.5%) año de primaria y el 39.1% de los participantes cursaban la secundaria. Respecto a la ocupación, la mayoría (83.7%) sólo se dedicaba a estudiar.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los niños y adolescentes del estudio

| Característica | <i>f</i> | % |
|-----------------------|----------|------|
| Edad | | |
| 9 a 11 años | 753 | 61.6 |
| 12 a 15 años | 470 | 38.4 |
| Género | | |
| Masculino | 584 | 47.8 |
| Femenino | 639 | 52.2 |
| Escolaridad | | |
| 5to. Primaria | 347 | 28.4 |
| 6to. Primaria | 397 | 32.5 |
| 1er año de secundaria | 130 | 10.6 |
| 2do año de secundaria | 263 | 21.5 |
| 3er año de secundaria | 86 | 7.0 |

Nota: CDPCA

n= 1223

Las siguientes tablas presentan las frecuencias y porcentajes que se obtuvieron de los instrumentos usados: (TAE), (IRD), (DRSEQ-RA), (ERPA), (IHFCA), (EVB) y (AUDIT).

Tabla 3

Frecuencias y Porcentajes del Cuestionario de Autoestima para Escolares

| Preguntas | Si | | No | |
|---|----------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1. Me gustaría nacer de nuevo y ser diferente de como ahora soy | 369 | 30.2 | 854 | 69.8 |
| 2. Me resulta muy difícil hablar frente a un grupo | 595 | 48.7 | 628 | 51.3 |
| 3. Hay muchas cosas dentro de mí que cambiaría si pudiera hacerlo | 833 | 68.1 | 390 | 31.9 |
| 4. Tomar decisiones es algo fácil para mí | 448 | 36.6 | 775 | 63.4 |
| 5. Considero que soy una persona alegre y feliz. | 1024 | 83.7 | 199 | 16.3 |
| 6. En mi casa me molesto a cada rato | 350 | 28.6 | 873 | 71.4 |
| 7. Me resulta difícil acostumbrarme a algo nuevo | 613 | 50.1 | 610 | 49.9 |
| 8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad | 261 | 21.3 | 962 | 78.7 |
| 9. Mi familia me exige mucho/espera demasiado de mí | 644 | 52.7 | 579 | 47.3 |
| 10. En mi casa se respeta bastante mis sentimientos | 877 | 71.7 | 346 | 28.3 |
| 11. Con mucha facilidad hago lo que mis amigos me mandan hacer | 125 | 10.2 | 1098 | 89.8 |
| 12. Muchas veces me tengo rabia /cólera a mí mismo | 378 | 30.9 | 845 | 69.1 |
| 13. Pienso que mi vida es muy triste | 270 | 22.1 | 953 | 77.9 |
| 14. Los demás hacen caso y consideran mis ideas. | 769 | 62.9 | 454 | 37.1 |
| 15. Tengo muy mala opinión de mí mismo | 270 | 22.1 | 953 | 77.9 |

*Frecuencias y Porcentajes del Cuestionario de Autoestima para Escolares
(Continuación)*

| Preguntas | Si | | No | |
|--|----------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 16. Han habido muchas ocasiones en las que he deseado irme de mi casa. | 366 | 29.9 | 857 | 70.1 |
| 17. Con frecuencia me siento cansado de todo lo que hago | 439 | 35.9 | 784 | 64.1 |
| 18. Pienso que soy una persona fea comparada con otros. | 233 | 19.1 | 990 | 80.9 |
| 19. Si tengo algo que decir a otros, voy sin temor y se lo digo | 704 | 57.6 | 519 | 42.4 |
| 20. Pienso que en mi hogar me comprenden | 944 | 77.2 | 279 | 22.8 |
| 21. Siento que le caigo muy mal a las demás personas | 339 | 27.7 | 884 | 72.3 |
| 22. En mi casa me fastidian demasiado | 244 | 20.0 | 979 | 80.0 |
| 23. Cuando intento hacer algo, muy pronto, me desanimo | 440 | 36.0 | 783 | 64.0 |
| 24. Siento que tengo más problemas que otras personas | 321 | 26.2 | 902 | 73.8 |
| 25. Creo que tengo más defectos que cualidades | 396 | 32.4 | 827 | 67.6 |

Nota: TAE, *n*= Total de muestra, *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

n= 1,223

En la tabla 3 se presentan las preguntas del Cuestionario de Autoestima para escolares, en la que se muestra que casi la mitad de los participantes (48.7%) señalan que les resulta muy difícil hablar frente a grupo, el 68.1% refiere que hay muchas cosas dentro de él, que cambiaría si pudiera hacerlo, la mitad de los participantes refieren que les resulta difícil acostumbrarse a algo nuevo (50.1%), aunado a que señalan que su familia les exige mucho o espera demasiado de ellos (52.7%), el 30.9% señala que muchas veces tiene rabia/ cólera de sí mismo, el 22.1% de ellos piensa que su vida es muy triste y el mismo porcentaje refiere que tienen muy mala opinión de sí mismos. Cabe señalar que el 83.7% consideran que son personas alegres y felices, más de la mitad señala que si tiene algo que decir, va sin temor y se lo dice, el 77.2% piensa que en su hogar lo comprenden.

Tabla 4

Índice de religiosidad de Duke

| | Respuesta | f | % |
|---|--------------------------------|-----|------|
| 1. ¿Con cuánta frecuencia atiendes a la iglesia u otros encuentros religiosos? (ORA) | Nunca | 103 | 8.4 |
| | Una vez al año o menos | 83 | 6.8 |
| | Unas pocas veces al año | 192 | 15.7 |
| | Unas pocas veces al mes | 215 | 17.6 |
| | Una vez a la semana | 457 | 37.4 |
| | Más de una vez a la semana | 173 | 14.1 |
| 2. ¿Con cuánta frecuencia dedicas tiempo a actividades religiosas privadas, como por ejemplo rezar, meditar, o estudiar la Biblia? (NORA) | Más de una vez al día | 72 | 5.9 |
| | Diariamente | 181 | 14.8 |
| | Dos o más de dos veces al día | 77 | 6.3 |
| | Una vez a la semana | 225 | 18.4 |
| | Unas pocas veces al mes | 237 | 19.4 |
| | Raras veces o nunca | 431 | 35.2 |
| 3. En mi vida, yo siento la presencia de lo Divino (eg. Dios) (IR) | Definitivamente no es cierto | 61 | 5.0 |
| | Tiende a no ser cierto | 35 | 2.9 |
| | No estoy segura (o) | 269 | 22.0 |
| | Tiende a ser cierto | 228 | 18.6 |
| | Definitivamente cierto para mí | 630 | 51.5 |
| 4. Mis creencias religiosas son lo que realmente está detrás de mi enfoque hacia la vida (IR) | Definitivamente no es cierto | 127 | 10.4 |
| | Tiende a no ser cierto | 65 | 5.3 |
| | No estoy segura (o) | 417 | 34.1 |
| | Tiende a ser cierto | 281 | 23.0 |
| | Definitivamente cierto para mí | 333 | 27.2 |
| 5. Trato de llevar mis fundamentos religiosos a todos los demás aspectos de mi vida (IR) | Definitivamente no es cierto | 130 | 10.6 |
| | Tiende a no ser cierto | 67 | 5.5 |
| | No estoy segura (o) | 387 | 31.7 |
| | Tiende a ser cierto | 312 | 25.5 |
| | Definitivamente cierto para mí | 327 | 26.7 |

Nota: IRD, n= Total de muestra, f= Frecuencia, %= Porcentaje n= 1223

Como se presentan los resultados en la tabla 4, de acuerdo a la religiosidad de los participantes, se observa que el 37.4% de los niños y adolescentes del estudio refiere asistir a la iglesia o a encuentros religiosos por lo menos una vez a la semana, el 20.7% señala que más de una vez al día o diariamente dedica tiempo a actividades religiosas privadas como rezar, meditar o estudiar la biblia, más de la mitad (51.5%) refiere que es

cierto que en su vida siente la presencia de lo divino, el 50.2% señala que tiende a ser cierto o es cierto que sus creencias religiosas son las que realmente están detrás de su enfoque hacia la vida, el 26.7% refiere que trata de llevar sus fundamentos religiosos a todos los demás aspectos de su vida.

Tabla 5

Autoeficacia para resistir el Alcohol

| Preguntas | Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | | Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | | Es probable que no pueda resistir el consumo | | Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | | Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo | |
|---|--|-----|---|-----|--|-----|--|-----|---|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1. Estás viendo la Tele | 68 | 5.6 | 22 | 1.8 | 45 | 3.7 | 90 | 7.4 | 77 | 6.3 |
| 2. Estás enojado(a) | 82 | 6.7 | 32 | 2.6 | 66 | 5.4 | 92 | 7.5 | 110 | 9.0 |
| 3. Estás comiendo | 63 | 5.2 | 31 | 2.5 | 48 | 3.9 | 86 | 7.0 | 87 | 7.1 |
| 4. Estás en una fiesta | 76 | 6.2 | 59 | 4.8 | 98 | 8.0 | 135 | 11 | 176 | 14.4 |
| 6. Alguien te ofrece una bebida | 78 | 6.4 | 43 | 3.5 | 69 | 5.6 | 102 | 8.3 | 131 | 10.7 |
| 7. Te sientes frustrado | 73 | 6 | 40 | 3.3 | 51 | 4.2 | 100 | 8.2 | 115 | 9.4 |
| 8. Estás escuchando música o leyendo | 63 | 5.2 | 38 | 3.1 | 38 | 3.1 | 64 | 5.2 | 75 | 6.1 |
| 9. Tu novio/novia está bebiendo alcohol | 75 | 6.1 | 39 | 3.2 | 63 | 5.2 | 75 | 6.1 | 113 | 9.2 |
| 10. Estás preocupado | 68 | 5.6 | 37 | 3.0 | 57 | 4.7 | 77 | 6.3 | 111 | 9.1 |
| 11. Estás solo | 73 | 6.0 | 28 | 2.3 | 49 | 4.0 | 83 | 6.8 | 95 | 7.8 |
| 12. Tus amigos están bebiendo alcohol | 91 | 7.4 | 42 | 3.4 | 75 | 6.1 | 93 | 7.6 | 153 | 12.5 |
| 13. Te sientes molesto | 79 | 6.5 | 43 | 3.5 | 42 | 3.4 | 67 | 5.5 | 117 | 9.6 |
| 14. Acabas de terminar de jugar algún deporte | 77 | 6.3 | 27 | 2.2 | 52 | 4.3 | 49 | 4.0 | 77 | 6.3 |
| 15. Estás en un antro / concierto | 85 | 7.0 | 62 | 5.1 | 82 | 6.7 | 104 | 8.5 | 158 | 12.9 |
| 16. Te sientes deprimido | 82 | 6.7 | 37 | 3.0 | 67 | 5.5 | 71 | 5.8 | 108 | 8.8 |
| 17. Llegas primero a tu casa | 80 | 6.5 | 23 | 1.9 | 31 | 2.5 | 64 | 5.2 | 53 | 4.3 |
| 18. Te sientes nervioso | 77 | 6.3 | 30 | 2.5 | 38 | 3.1 | 73 | 6 | 98 | 8 |
| 19. Te sientes triste | 96 | 7.8 | 37 | 3 | 52 | 4.3 | 70 | 5.7 | 90 | 7.4 |

Nota: DRSEQ-RA, *n*= Total de muestra, *f*= Frecuencia, %= Porcentaje *n*= 1223

Los hallazgos de la tabla 5 muestran que el 88.9% señala que es probable o está seguro de que podría resistir el consumo de alcohol cuando está viendo la tele, el 88.7% refiere que es probable o está seguro de que podría resistir el consumo de alcohol cuando está en camino de la casa para la escuela, el 89.1% menciona que es probable o está seguro de que podría resistir el consumo de alcohol cuando llega primero a su casa, el 85.5% refiere que es probable o está seguro de que podría resistir el consumo de alcohol cuando su novio/a está bebiendo alcohol, el 84.5% señala que es probable o está seguro de que podría resistir el consumo de alcohol cuando alguien le ofrece una bebida, el 83.1% refiere que es probable o está seguro de que podría resistir el consumo de alcohol cuando sus amigos están consumiendo alcohol, el 84.8% refiere que es probable o está seguro de que podría resistir el consumo de alcohol cuando se siente deprimido y el 84.9% refiere que es probable o está seguro que podría resistir el consumo de alcohol cuando se siente triste.

En contraste el 19% señala que es probable o está seguro de que no podría resistir el consumo de alcohol cuando se encuentra en una fiesta, el 15.5% refiere que es probable que no podría resistir el consumo de alcohol cuando alguien le ofrece una bebida, el 14.5% refiere que es probable que no podría resistirse de consumir alcohol cuando su novio(a) está bebiendo alcohol y el 16.9% refiere que no podría resistirse cuando sus amigos están consumiendo alcohol.

Tabla 6

Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol

| | Nunca | | Pocas Veces | | Muchas Veces | | Siempre | |
|---|----------|-----|-------------|------|--------------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1. En las fiestas o reuniones con mis amigos (as) me niego a beber alcohol, cuando no quiero hacerlo. | 107 | 8.7 | 145 | 11.9 | 105 | 8.6 | 866 | 70.8 |
| 2. Cuando mis amigos (as) me presionan para beber alcohol, les digo que no insistan. | 94 | 7.7 | 109 | 8.9 | 144 | 11.8 | 876 | 71.6 |

Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol (Continuación)

| | Nunca | | Pocas Veces | | Muchas Veces | | Siempre | |
|---|----------|------|-------------|------|--------------|------|-----------------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 3. Si mi mejor amigo (a) me pidiera que nos emborracháramos y yo no quiero, le diría que “No” | 108 | 8.8 | 92 | 7.5 | 105 | 8.6 | 918 | 75.1 |
| 4. En una fiesta bebería refresco aunque la mayoría estuviera bebiendo alcohol. | 95 | 7.8 | 122 | 10.0 | 129 | 10.5 | 877 | 71.7 |
| 5. Puedo rechazar una bebida alcohólica cuando no quiero beber. | 82 | 6.7 | 72 | 5.9 | 111 | 9.1 | 958 | 78.3 |
| 6. Si tus amigos estuvieran bebiendo alcohol, beberías con ellos aunque no quisieras. | 840 | 68.7 | 123 | 10.1 | 57 | 4.7 | 203 | 16.6 |
| Nota: ERPA, <i>n</i> = Total de muestra, <i>f</i> = Frecuencia, %= Porcentaje | | | | | | | <i>n</i> =1,223 | |

En relación a la resistencia a la presión de los amigos para el consumo de alcohol se muestra que el 79.4% refiere que en las fiestas o reuniones muchas veces o siempre se niega a beber alcohol cuando no quiere hacerlo, el 83.4% refiere que muchas veces o siempre les dice a sus amigos que no insistan cuando lo presionan para beber alcohol, el 83.7% señala que muchas veces o siempre, si su mejor amigo le pidiera que se emborrachara le diría que “NO”, el 82.2% bebería refresco en una fiesta, aunque la mayoría estuviera bebiendo alcohol, el 87.4% refiere muchas veces o siempre que puede rechazar una bebida alcohólica cuando no quiere beber. El 68.7% destaca que si sus amigos estuvieran bebiendo alcohol, nunca bebería alcohol con ellos.

Tabla 7

Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol

| | Respuesta | <i>f</i> | % |
|--|---------------------------------|----------|------|
| 1. <i>¿Con qué frecuencia bebía o bebe alcohol tu padre?</i> | No bebe o bebía | 349 | 29.5 |
| | Una vez al año o menos | 180 | 15.7 |
| | Unas cuantas veces al año | 221 | 19.1 |
| | Una o dos veces al mes | 159 | 14.0 |
| | Más o menos una vez a la semana | 123 | 11.0 |
| | 2 o 3 veces a la semana | 58 | 4.7 |
| | 4 o 5 veces a la semana | 21 | 1.7 |
| | Más o menos diario | 52 | 4.3 |
| 2. <i>¿Con qué frecuencia bebía o bebe alcohol tu madre?</i> | No bebe o bebía | 585 | 48.5 |
| | Una vez al año o menos | 228 | 18.6 |
| | Unas cuantas veces al año | 218 | 17.8 |
| | Una o dos veces al mes | 76 | 6.2 |
| | Más o menos una vez a la semana | 57 | 4.7 |
| | 2 o 3 veces a la semana | 20 | 1.6 |
| | 4 o 5 veces a la semana | 8 | 0.7 |
| | Más o menos diario | 23 | 1.9 |
| 3. <i>¿Con qué frecuencia dirías tú que tu padre bebía o bebe tanto que acaba o acababa ebrio?</i> | Nunca se emborracha | 548 | 45.8 |
| | Una vez al año o menos | 93 | 8.6 |
| | Unas cuantas veces al año | 198 | 17.2 |
| | Una o dos veces al mes | 127 | 11.4 |
| | Más o menos una vez a la semana | 79 | 7.3 |
| | 2 o 3 veces a la semana | 40 | 3.3 |
| | 4 o 5 veces a la semana | 22 | 1.8 |
| | Más o menos diario | 56 | 4.6 |
| 4. <i>¿Con qué frecuencia dirías tú que tu madre bebía o bebe tanto que acaba o acababa ebria?</i> | Nunca se emborracha | 844 | 69.6 |
| | Una vez al año o menos | 94 | 7.7 |
| | Unas cuantas veces al año | 144 | 11.8 |
| | Una o dos veces al mes | 62 | 5.1 |
| | Más o menos una vez a la semana | 38 | 3.1 |
| | 2 o 3 veces a la semana | 14 | 1.1 |
| | 4 o 5 veces a la semana | 8 | 0.7 |
| | Más o menos diario | 11 | 0.9 |
| 5. <i>¿Bebían tus padres juntos o separados?</i> | No sabe, no contestó | 407 | 33.2 |
| | Sólo uno de los padres bebe | 155 | 12.7 |
| | Siempre separados | 50 | 4.1 |
| | Por lo general separados | 73 | 6.0 |
| | Tanto juntos como separados | 91 | 7.4 |
| | Casi siempre juntos | 171 | 14.0 |
| | Siempre juntos | 276 | 22.6 |
| 6. <i>¿Cuándo bebía tu padre o tu madre, estabas tú presente?</i> | Nunca, no sabe o no contestó | 536 | 43.8 |
| | De vez en cuando | 444 | 36.3 |
| | Casi siempre | 243 | 19.9 |

Nota: IHFCA, *n*=Total de muestra, *f*=Frecuencia, %= Porcentaje*n*= 1223

De acuerdo a la tabla 7 los niños y adolescentes refieren que el 29.5% de los padres y el 48.5% de las madres respectivamente no bebe o bebía, los niños y adolescentes mencionan que el 15.7% de los padres y el 18.6% de las madres bebían una vez al año o menos; el 45.8 % refiere que su padre nunca se emborracha hasta acabar ebrio y el 69.6% menciona que su madre nunca se emborracha hasta acabar ebria, así también el 43.8% refiere que cuando bebían su padre o madre nunca estaban ellos presentes.

Tabla 8
Escala de Valoración del Barrio

| Respuesta | Totalmente falsa | | Falsa | | Algo falsa | | Ni falsa ni verdadera | | Algo verdadera | | Verdadera | | Totalmente verdadera | |
|--|------------------|------|-------|------|------------|------|-----------------------|------|----------------|------|-----------|------|----------------------|------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| 1. Las personas adultas de mi barrio se preocupan de que los jóvenes estemos bien | 157 | 12.8 | 135 | 11.0 | 92 | 7.5 | 380 | 31.1 | 155 | 12.7 | 154 | 12.6 | 150 | 12.3 |
| 2. La gente de mi edad puede encontrar en mi barrio personas adultas que le ayuden a resolver algún problema | 137 | 11.2 | 155 | 12.7 | 118 | 9.6 | 309 | 25.2 | 215 | 17.6 | 167 | 13.7 | 122 | 10.0 |
| 3. Las personas adultas de mi colonia dicen que hay que escuchar a los jóvenes | 210 | 17.2 | 229 | 18.7 | 121 | 9.9 | 268 | 21.9 | 141 | 11.5 | 150 | 12.3 | 104 | 8.5 |
| 4. Me siento identificado con mi colonia | 159 | 13.0 | 158 | 12.9 | 88 | 7.2 | 259 | 21.2 | 187 | 15.3 | 198 | 16.2 | 174 | 14.2 |
| 5. La gente adulta de mi barrio valora mucho a los jóvenes | 141 | 11.5 | 163 | 13.3 | 133 | 10.9 | 311 | 25.4 | 190 | 15.5 | 163 | 13.3 | 122 | 10.0 |
| 6. Las personas adultas nos regañan si maltratamos los árboles o jardines públicos. | 120 | 9.8 | 108 | 8.8 | 83 | 6.8 | 190 | 15.5 | 166 | 13.6 | 247 | 20.2 | 309 | 25.3 |
| 7. Siento que formo parte de mi colonia | 112 | 9.2 | 128 | 10.5 | 94 | 7.7 | 214 | 17.5 | 187 | 15.3 | 247 | 20.1 | 241 | 19.7 |
| 8. Me siento muy unido a mi colonia | 153 | 12.5 | 147 | 12.0 | 92 | 7.5 | 253 | 20.7 | 185 | 15.1 | 199 | 16.3 | 194 | 15.9 |
| 9. Vivir en mi colonia me hace sentir que formo parte de una comunidad | 111 | 9.1 | 100 | 8.2 | 98 | 8.0 | 240 | 19.6 | 188 | 15.4 | 259 | 21.2 | 227 | 18.6 |
| 10. En mi colonia, cuando las personas adultas toman decisiones que nos afectan a los jóvenes escuchan antes nuestra opinión | 206 | 16.8 | 184 | 15.0 | 101 | 8.3 | 278 | 22.7 | 173 | 14.1 | 161 | 13.2 | 120 | 9.8 |
| 11. En mi colonia hay gente que vende droga | 495 | 40.5 | 205 | 16.8 | 50 | 4.1 | 224 | 18.3 | 70 | 5.7 | 77 | 6.3 | 102 | 8.3 |
| 12. En vacaciones, en mi colonia hay muchas actividades para que podamos | 275 | 22.5 | 179 | 14.6 | 87 | 7.1 | 227 | 18.6 | 138 | 11.3 | 141 | 11.5 | 176 | 14.4 |

Escala de Valoración del Barrio (continuación)

| Respuesta | Totalmente falsa | | Falsa | | Algo falsa | | Ni falsa ni verdadera | | Algo verdadera | | Verdadera | | Totalmente verdadera | |
|--|------------------|------|----------|------|------------|-----|-----------------------|------|----------------|------|-----------|------|----------------------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| divertirnos los jóvenes | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Algunos amigos de fuera tienen miedo de venir a mi colonia | 391 | 32.0 | 286 | 23.4 | 86 | 7.0 | 250 | 20.4 | 78 | 6.4 | 61 | 5.0 | 71 | 5.8 |
| 14. La gente de mi colonia comete delitos y robos | 373 | 30.6 | 228 | 18.6 | 107 | 8.7 | 204 | 16.7 | 118 | 9.6 | 101 | 8.3 | 92 | 7.5 |
| 15. La gente de mi edad nos sentimos apreciados por las personas adultas de mi colonia | 158 | 12.9 | 166 | 13.6 | 106 | 8.7 | 319 | 26.0 | 160 | 13.1 | 169 | 13.8 | 145 | 11.9 |
| 16. Si un joven de mi colonia intentara dañar un coche las personas adultas lo evitarían | 116 | 9.5 | 121 | 9.9 | 52 | 4.3 | 202 | 16.5 | 163 | 13.3 | 262 | 21.4 | 307 | 25.1 |
| 17. En mi colonia si haces cualquier destrozo seguro que algún adulto te regañará | 106 | 8.7 | 87 | 7.1 | 68 | 5.6 | 176 | 14.4 | 168 | 13.7 | 275 | 22.5 | 343 | 28.0 |
| 18. Los jóvenes de mi colonia tenemos lugares donde reunirnos cuando hace mal tiempo (clima) | 292 | 23.9 | 243 | 19.9 | 97 | 7.9 | 239 | 19.5 | 99 | 8.1 | 119 | 9.7 | 134 | 11.0 |
| 19. Los jóvenes de mi colonia podemos hacer tantas cosas después de clase que raramente nos aburrirnos | 243 | 19.9 | 199 | 16.3 | 89 | 7.3 | 283 | 23.0 | 143 | 11.7 | 144 | 11.8 | 122 | 10.0 |
| 20. En mi colonia suele haber peleas entre bandas callejeras | 428 | 35.1 | 209 | 17.1 | 60 | 4.9 | 206 | 16.8 | 86 | 7.0 | 96 | 7.8 | 138 | 11.3 |
| 21. Hay pocas colonias en las que haya tantas actividades para jóvenes como en la mía | 254 | 20.8 | 186 | 15.2 | 84 | 6.9 | 317 | 25.8 | 122 | 10.0 | 116 | 9.5 | 144 | 11.8 |

Nota: EVB, *n*= Total de muestra, *f*= Frecuencia, %= Porcentaje

n= 1,223

Respecto a la tabla 8 de la Escala de Valoración del Barrio, el 24.9% menciona que las persona adultas de su barrio se preocupan de que los jóvenes estén bien; el 23.7% refiere que la gente de su edad puede encontrar en su barrio personas adultas que le ayuden a resolver algún problema, el 20.8% señala que las personas adultas de su barrio dicen que hay que escuchar a los jóvenes, el 30.4% de los niños y adolescentes refiere que se siente identificado con su colonia, el 39.8% narra que se siente que forma parte de su colonia, el 32.2% cuenta que se siente muy unido a su colonia, asimismo el 39.8% dice que vivir en su colonia lo hace sentir parte de una comunidad.

En la tabla 9 se muestra la experimentación que tuvieron los adolescentes y niños con el consumo de alcohol; se destaca que el 46.0% nunca ha consumido esta sustancia, el 40.5% señaló que sí lo ha consumido una única vez y el 7.0% señala que sí lo ha consumido en varias ocasiones pero ya no continuó.

Tabla 9

Tipo de experimentación con el alcohol

| Característica | <i>f</i> | % |
|---|----------|---------|
| No, nunca | 563 | 46.0 |
| Sí y sólo una única vez | 495 | 40.5 |
| Sí y otras ocasiones pero ya no continúe | 86 | 7.0 |
| Sí y continuo hasta la fecha | 79 | 6.5 |
| <i>Nota:</i> CDPCA, n= total de muestra, <i>f</i> = Frecuencia, %= Porcentaje | | n= 1223 |

Respecto a la de edad de inicio de consumo de alcohol el 46% mencionó que nunca ha consumido esta sustancia; en los consumidores el inicio de consumo se presentó a los 9 años de edad ($DE=2.6$); sin embargo, cabe señalar que siete participantes mencionaron haber iniciado a los dos años de edad (Tabla 10).

Tabla 10
Edad de inicio del primer consumo de alcohol

| Característica | <i>f</i> | % |
|--------------------|----------|---------|
| No, nunca | 563 | 46.0 |
| 2-5 años | 72 | 5.9 |
| 6-10 años | 398 | 32.5 |
| 11-15 años | 190 | 15.6 |
| <i>Nota:</i> CDPCA | | n= 1223 |

La prevalencia del consumo de alcohol en el último año, último mes y la última semana se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 11
Prevalencia de Consumo de Alcohol en los niños de Primaria y Adolescentes de Secundaria

| Estudiantes | Prevalencia de Consumo | <i>Si</i> | | <i>No</i> | | <i>IC 95%</i> | |
|---|------------------------|-----------|------|-----------|------|---------------|-----------|
| | | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>LI</i> | <i>LS</i> |
| Primaria (5to. y 6to. grado) (n=744) | Alguna vez en la Vida | 398 | 53.5 | 346 | 46.5 | 50.0 | 57.0 |
| | En el último año | 166 | 22.3 | 578 | 77.7 | 19.0 | 25.0 |
| | En el último mes | 62 | 8.3 | 682 | 91.7 | 6.0 | 10.0 |
| | En los últimos 7 días | 39 | 5.2 | 705 | 94.8 | 4.0 | 7.0 |
| Secundaria (n=479) | Alguna vez en la Vida | 262 | 54.7 | 217 | 45.3 | 50.0 | 59.0 |
| | En el último año | 147 | 30.7 | 332 | 69.3 | 27.0 | 35.0 |
| | En el último mes | 75 | 15.7 | 404 | 84.3 | 12.0 | 19.0 |
| | En los últimos 7 días | 50 | 10.4 | 429 | 89.6 | 8.0 | 13.0 |

Nota: n= total de muestra, *f*=Frecuencia, % porcentaje, *IC95%*=Intervalo de Confianza del 95% para el % de respuestas afirmativas, *LI*=Límite Inferior, *LS*=Límite superior n= 1223

En la tabla 11 se presenta la prevalencia de consumo de alcohol de los estudiantes. Cabe señalar que tanto los alumnos de primaria (46.5%) como de secundaria (45.3%) tuvieron un promedio de 45.9 % de no consumo alguna vez en la vida; en promedio el 73.5% de los participantes, no reportaron prevalencia de consumo de alcohol en el último año, el 88% en promedio no reportaron consumo en el último mes y el 92.2% no reportaron consumo de alcohol en los últimos siete días; sin embargo, se observa que más de la mitad del total de los estudiantes reportaron haber consumido alcohol alguna vez en la vida, más del 20% reportaron consumo de

alcohol en el último año, el consumo de alcohol en el último mes se presentó en el 12.0 % de los estudiantes y el 7.8% de los estudiantes reportaron consumo en los últimos siete días.

A través de la prueba Chi Cuadrada se obtuvieron diferencias de proporciones respecto a la prevalencia de consumo de alcohol y el nivel educativo cursado (Primaria y Secundaria) de los participantes, se reportan diferencias significativas de la prevalencia alguna vez en la vida de consumo de alcohol ($\chi^2=10.81$, $p=.029$), prevalencia de consumo en el último año ($\chi^2=29.60$, $p<.001$), prevalencia de consumo en el último mes ($\chi^2=22.40$, $p<.001$) y prevalencia de consumo en los últimos siete días ($\chi^2=15.21$, $p=.004$), de acuerdo al grado escolar de los participantes, se reportó mayor prevalencia de no consumo en los estudiantes de primaria (Tabla 12).

Tabla 12

Chi cuadrada de Pearson (χ^2) para prevalencia de consumo de alcohol en los niños de primaria y adolescentes de secundaria

| Prevalencia | Primaria | | | | Secundaria | | | | | | Primaria | | | | Secundaria | | | | | | Prueba Chi Cuadrada | |
|-----------------------|-----------------------|------|-----|------|------------|------|-----|------|----|------|-----------------------|------|-----|------|------------|------|-----|------|----|------|---------------------|------|
| | 5° | | 6° | | 1° | | 2° | | 3° | | 5° | | 6° | | 1° | | 2° | | 3° | | | |
| Tipos de Prevalencia | Si consumo de alcohol | | | | | | | | | | No consumo de alcohol | | | | | | | | | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | |
| Alguna vez en la vida | 181 | 52.2 | 217 | 54.7 | 59 | 45.4 | 145 | 55.1 | 58 | 67.4 | 166 | 47.8 | 180 | 45.3 | 71 | 54.6 | 118 | 44.9 | 28 | 32.6 | 10.81 | .029 |
| | 72 | 20.7 | 94 | 23.7 | 27 | 20.8 | 80 | 30.4 | 40 | 46.5 | 275 | 79.3 | 303 | 76.3 | 103 | 79.2 | 183 | 69.6 | 46 | 53.5 | 29.60 | .001 |
| Último año | 28 | 8.1 | 34 | 8.6 | 16 | 12.3 | 39 | 14.8 | 20 | 23.3 | 319 | 91.9 | 363 | 91.4 | 114 | 87.7 | 224 | 85.2 | 66 | 76.7 | 22.40 | .001 |
| | 19 | 5.5 | 20 | 5.0 | 13 | 10.0 | 24 | 9.1 | 13 | 15.1 | 328 | 94.5 | 377 | 95.0 | 117 | 90.0 | 239 | 90.9 | 73 | 84.9 | 15.21 | .004 |
| Último mes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Última semana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nota: CDPCA

n = 122

En la tabla 13 se presenta el consumo de alcohol de acuerdo a los tipos de consumo del AUDIT por grado escolar de los estudiantes de Primaria y Secundaria, se reporta que el 25.5% (IC95% [18.5,32.3]) de los estudiantes de primaria y el 28.2% (IC95% [21.0,35.3]) de los estudiantes de secundaria, presentaron un consumo sensato de alcohol; cabe señalar que 27.4% (IC95% [20.3,34.4]) y 30.8% (IC95% [23.4, 38.0]) de los estudiantes de primaria y secundaria respectivamente presentaron consumo dependiente, aunado a que el 47.1% (IC95% [39.2,55.0]) de los estudiantes de primaria y 41.0% (IC95% [33.2, 48.8]) de los estudiantes de secundaria, reportaron un consumo dañino de alcohol.

Tabla 13

Tipos de Consumo de Alcohol en los niños de Primaria y Adolescentes de Secundaria

| Estudiantes | Tipos de Consumo de Alcohol | <i>f</i> | <i>%</i> | <i>IC 95%</i> | |
|-------------------|-----------------------------|----------|----------|---------------|-----------|
| | | | | <i>LI</i> | <i>LS</i> |
| Primaria(n=157) | Sensato | 40 | 25.5 | 18.5 | 32.3 |
| | Dependiente | 43 | 27.4 | 20.3 | 34.4 |
| | Dañino | 74 | 47.1 | 39.2 | 55.0 |
| Secundaria(n=156) | Sensato | 44 | 28.2 | 21.0 | 35.3 |
| | Dependiente | 48 | 30.8 | 23.4 | 38.0 |
| | Dañino | 64 | 41.0 | 33.2 | 48.8 |

Nota: *f*=Frecuencia, *%* porcentaje, *IC95%*=Intervalo de Confianza del 95% para el % de respuestas afirmativas, *LI*=Límite Inferior, *LS*=Límite superior, *n_a*= consumidores *n_a*=313

Prueba de Normalidad de las Variables del Estudio

La prueba de normalidad fue realizada para las variables del estudio, la cual se determinó a través de la prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov Smirnov (KS) con corrección de Lilliefors. En la que se observa que la mayoría de las variables no presentaron normalidad ($p < .05$), por lo cual se decidió el uso de la estadística no paramétrica.

De acuerdo a las características sociodemográficas, se observa que la media de edad fue de 11.35 años ($DE = 1.4$), el promedio de escolaridad fue de 5.46 años

($DE = 1.2$) con un valor mínimo de 5 lo que corresponde al quinto año de primaria y valor máximo fue de 8 lo que corresponde al tercer año de secundaria. De acuerdo al autoestima, el promedio obtenido fue de 59.4 puntos ($DE = 17.1$), respecto a la autoeficacia la puntuación media fue de 84.1 ($DE = 24.4$), la resistencia a la presión de amigos obtuvo una media fue de 72.9 ($DE = 22.0$), la religiosidad tuvo una puntuación media de 67.7 ($DE = 24.7$), y la historia de consumo del padre mostró una puntuación media de 26.2 ($DE = 25.3$).

La historia de consumo de la madre reportó una media de 13.7 puntos ($DE = 18.5$), los activos del barrio obtuvieron una media de 55.0 ($DE = 16.6$) y por último el índice AUDIT presentó una media de 5.10 ($DE = 11.1$) en una escala de 0 a 100 puntos (Tabla 14).

Tabla 14

Prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) aplicada a las variables continuas del estudio

| Variable | \bar{X} | Mdn | DE | Valor | | D^a | Valor de p |
|------------------------------------|-----------|-------|-------|-------|-----|-------|------------|
| | | | | Min | Max | | |
| Edad | 11.35 | 11.00 | 1.46 | 9 | 15 | 7.34 | .001 |
| Escolaridad | 5.46 | 5.00 | 1.29 | 5 | 8 | 8.68 | .001 |
| Autoestima | 59.45 | 64.00 | 17.12 | 4 | 92 | 3.76 | .001 |
| Autoeficacia | 84.18 | 96.84 | 24.49 | 0 | 100 | 9.06 | .001 |
| Resistencia a la presión de amigos | 72.94 | 83.33 | 22.02 | 0 | 100 | 9.10 | .001 |
| Religiosidad | 67.70 | 66.66 | 24.77 | 0 | 100 | 3.77 | .001 |
| Historia del padre | 26.29 | 21.42 | 25.36 | 0 | 100 | 5.28 | .001 |
| Historia de la madre | 13.78 | 7.14 | 18.58 | 0 | 100 | 8.16 | .001 |
| Activos del barrio | 55.05 | 55.30 | 16.64 | 4.55 | 100 | 1.29 | .069 |
| Índice AUDIT | 5.10 | .00 | 11.18 | 0 | 60 | 14.69 | .001 |

Nota: \bar{X} = media, Mdn= mediana, DE= desviación estándar, Min=mínimo, Max= máximo, D^a =Estadístico de K-S
n= 1223

Estadística Inferencial

Para dar respuesta al primer objetivo que indicó, Determinar la capacidad explicativa del Modelo Promoción de la Salud para el No Consumo de Alcohol en niños de 5º y 6º año de primaria y de los adolescentes de 1ero. 2do. y 3er año de secundaria, a partir del MPS de Nola J. Pender, se presentan a continuación los resultados en la tabla 15.

Para conocer el grado de asociación que existe entre las variables del estudio (de manera global), se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman. En la tabla 15 se reportaron correlaciones negativas y estadísticamente significativas del autoestima y el consumo de alcohol ($r_s = -.121$, $p = .004$), la autoeficacia ($r_s = -.240$, $p < .001$) y la resistencia a la presión de amigos ($r_s = -.158$, $p < .001$) con el consumo de alcohol respectivamente; lo que significa que a mayor autoestima, autoeficacia y resistencia a la presión de amigos, se presenta menor consumo de alcohol. Además se encontraron relaciones positivas y significativas de la historia familiar del padre ($r_s = .164$, $p < .001$) y la historia familiar de la madre ($r_s = .183$, $p < .001$) con el consumo de alcohol de los participantes, lo cual significa que a mayor consumo del padre y la madre, se presenta mayor consumo de alcohol en los hijos. Se encontró que existe una relación negativa, pero significativa entre los activos del barrio y el consumo de alcohol de ($r_s = -.092$, $p = .029$). Cabe señalar que también se mostró relación de los años de escolaridad con el consumo de alcohol ($r_s = .084$, $p = .046$).

Tabla 15

Coeficiente de Correlación de Spearman de las variables en todos los participantes del estudio

| Variable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|----|
| 1. Edad (años cumplidos) | 1 | | | | | | | | | |
| 2. Años de escolaridad | .905** (.001) | 1 | | | | | | | | |
| 3. Religiosidad | -.091* (.032) | -.115** (.006) | 1 | | | | | | | |
| 4. Autoestima | -.017 (.683) | -.017 (.692) | .093* (.027) | 1 | | | | | | |
| 5. Autoeficacia | -.081 (.054) | -.079 (.062) | -.024 (.564) | .152** (.001) | 1 | | | | | |
| 6. Resistencia a la Presión de Amigos | .011 (.793) | -.009 (.826) | .018 (.673) | .056 (.182) | .322** (.001) | 1 | | | | |
| 7. Barrio | -.090* (.033) | -.110** (.009) | .155** (.001) | .227** (.001) | .102* (.016) | -.060 (.154) | 1 | | | |
| 8. Historia Familiar de Padre | .071 (.102) | .107* (.014) | -.041 (.347) | -.214** (.001) | -.091* (.037) | -.029 (.509) | -.072 (.096) | 1 | | |
| 9. Historia Familiar de Madre | .096* (.024) | .128** (.002) | -.016 (.711) | -.118** (.005) | -.098* (.020) | -.057 (.177) | -.072 (.089) | .449** (.001) | 1 | |
| 10. Consumo de Alcohol | .079 (.061) | .084* (.046) | .007 (.871) | -.121** (.004) | -.240** (.001) | -.158** (.001) | -.092* (.029) | .164** (.001) | .183** (.001) | 1 |

Nota: (Valor de p) **p<.001, *p<.05

n= 1223

Para dar respuesta a la primera Hipótesis que enuncia: La Conducta Previa, los Factores Personales Biológicos (sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (autoestima) tienen efecto en el resultado conductual (no consumo de alcohol) se realizó un modelo de Regresión Lineal Logística para observar el efecto de las variables sobre el no consumo de alcohol, la cual se ubicó como la variable dependiente.

El Modelo de Regresión Logística de conducta previa, edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en el no consumo de alcohol alguna vez en la vida se presenta en la tabla 16 donde se encontró que existe un efecto del Modelo ($\chi^2 = 362.21$, $p < .001$), con una varianza explicada del 25.6%, donde se observa que las variables que resultaron significativas sobre el resultado conductual no consumo de alcohol en el modelo tres fueron la conducta previa ($\beta = -.189$, $p < .001$), la edad ($\beta = -.152$, $p = .004$) y el índice de religiosidad ($\beta = .006$, $p = .045$).

Tabla 16

Modelo de Regresión Logística de experimentación de alcohol, edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en el no consumo de alcohol alguna vez en la vida

| Variable | B | E.E | Wald | gl | Valor de p | OR | IC95% | |
|---|-------|-----|--------|----|------------|-------|-------|------|
| | | | | | | | LI | LS |
| Conducta Previa | -1.54 | .11 | 197.73 | 1 | .001 | .21 | .17 | .26 |
| Edad | -.09 | .14 | .41 | 1 | .521 | .91 | .69 | 1.20 |
| Sexo | .41 | .16 | 6.21 | 1 | .013 | 1.50 | 1.09 | 2.08 |
| Escolaridad | -.07 | .16 | .19 | 1 | .663 | .93 | .68 | 1.27 |
| Ocupación | -.12 | .20 | .35 | 1 | .549 | .88 | .58 | 1.32 |
| Índice de Religiosidad | .00 | .00 | 4.11 | 1 | .042 | 1.00 | 1.00 | 1.01 |
| Índice de Autoestima | .01 | .00 | 6.70 | 1 | .010 | 1.01 | 1.00 | 1.02 |
| Constante | 2.29 | .99 | 5.31 | 1 | .021 | 9.94 | | |
| <i>Modelo 1</i> $\chi^2 = 362.212$, gl= 7, $R^2 = 25.6$, $p < .001$ | | | | | | | | |
| Conducta Previa | -1.54 | .11 | 197.70 | 1 | .001 | .21 | .17 | .26 |
| Edad | -.14 | .05 | 7.70 | 1 | .005 | .86 | .77 | .95 |
| Sexo | .41 | .16 | 6.21 | 1 | .013 | 1.50 | 1.09 | 2.08 |
| Ocupación | -.11 | .20 | .31 | 1 | .576 | .89 | .59 | 1.33 |
| Índice de Religiosidad | .00 | .00 | 4.17 | 1 | .041 | 1.00 | 1.00 | 1.01 |
| Índice de Autoestima | .01 | .00 | 6.69 | 1 | .010 | 1.01 | 1.00 | 1.02 |
| Constante | 2.55 | .81 | 9.89 | 1 | .002 | 12.24 | | |
| <i>Modelo 2</i> $\chi^2 = 362.023$, gl= 6, $R^2 = 25.6$, $p < .001$ | | | | | | | | |
| Conducta Previa | -.18 | .11 | 200.2 | 1 | .001 | .21 | .17 | .26 |
| Edad | -.15 | .05 | 8.22 | 1 | .004 | .85 | .77 | .95 |
| Sexo | .43 | .16 | 7.39 | 1 | .007 | 1.54 | 1.12 | 2.11 |
| Índice de Religiosidad | .00 | .00 | 4.03 | 1 | .045 | 1.00 | 1.00 | 1.01 |
| Índice de Autoestima | .01 | .00 | 7.07 | 1 | .008 | 1.01 | 1.00 | 1.02 |
| Constante | 2.42 | .77 | 9.73 | 1 | .002 | 11.24 | | |
| <i>Modelo 3</i> $\chi^2 = 361.712$, gl= 5, $R^2 = 25.6$, $p < .001$ | | | | | | | | |

Nota: B=beta, EE= error estándar, gl= grados de libertad, OR= odds ratio, p=significancia estadística

n= 1223

En la figura 7 se observa de manera gráfica que de acuerdo a lo planteado en la teoría de rango medio, las variables conducta previa, edad, sexo, ocupación y

autoestima son las variables que más aportan al modelo de la conducta de no consumo de alcohol en el último año ($R^2=25.6\%$, $p<.001$).

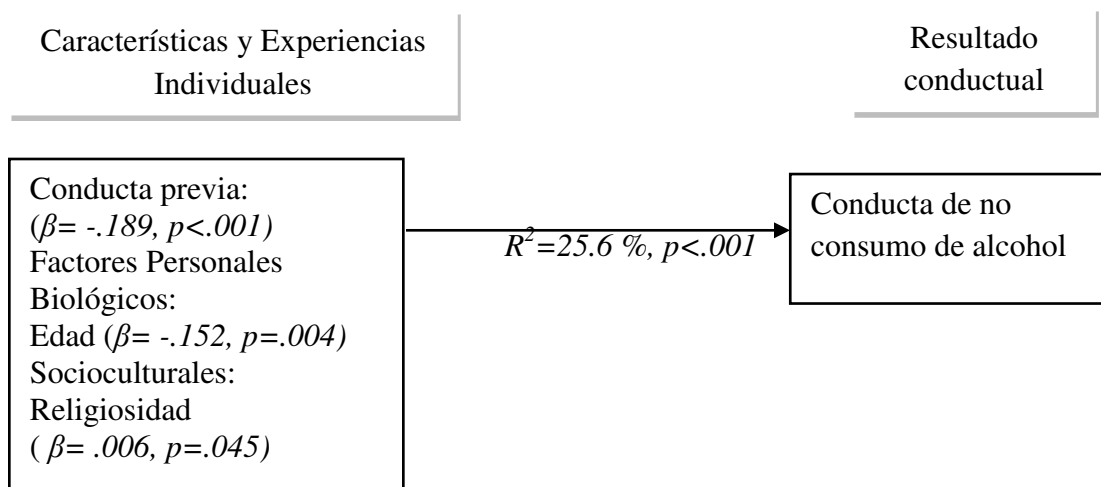


Figura 7. Conducta previa y factores personales que predicen la conducta de no consumo de alcohol

Para dar respuesta a la segunda Hipótesis que señala, los Factores Personales Biológicos (Sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (Autoestima) tienen efecto en la autoeficacia, se efectuó un modelo de Regresión Lineal Múltiple para observar el efecto de las variables sobre la autoeficacia, la cual se ubicó como la variable dependiente.

En la tabla 17 se muestran los resultados del efecto de los factores personales sexo, edad, escolaridad, ocupación, índice de religiosidad y psicológicos autoestima, como variables independientes sobre la autoeficacia (variable dependiente).

Tabla 17

Efecto de los factores personales biológicos y psicológicos sobre la autoeficacia

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Cuadrado Medio | F | Valor de p |
|-----------|-------------------|----------------------|----------------|---------|------------|
| Regresión | 31866.04 | 6 | 5311.00 | 9.20 | .001 |
| Residual | 701510.48 | 1216 | 576.90 | | |
| Total | 733376.52 | 1222 | | | |
| *p<.001 | | R ² =4.3% | | n= 1223 | |

Cabe señalar que en el modelo general los factores personales que predicen la autoeficacia para el no consumo de alcohol en los adolescentes de primaria y secundaria son el sexo ($\beta = .07$, $p = .012$) y el autoestima ($\beta = .12$, $p < .001$), lo que se muestra en la tabla 18.

Tabla 18

Modelo general de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en la autoeficacia

| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes Estandarizados | |
|---|--------------------------------|------|-----------------------------|------------|
| | B | E.E | β | Valor de p |
| (Constante) | 92.60 | 8.90 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | -1.49 | 1.24 | -.08 | .230 |
| Sexo | 3.57 | 1.42 | .07 | .012 |
| Años de escolaridad | -.66 | 1.40 | -.03 | .633 |
| Ocupación actual | -2.75 | 1.94 | -.04 | .157 |
| Índice de Religiosidad | -.01 | .02 | -.01 | .671 |
| Índice de Autoestima | .18 | .04 | .12 | .001 |
| F _(6,1216) =9.2 R ² =4.3%, p<.001 | | | | |
| Nota: CDPKA, TAE, IRD, DRSEQ-RA | | | | n=1223 |

En la tabla19 se muestra el Modelo de Regresión Lineal Múltiple el cual presentó un efecto significativo ($F_{(6,1216)}=9.20$, $p<.001$), con una varianza explicada de 4.3%; al observar la contribución de cada variable, se observa en el primer modelo las variables que predicen el efecto sobre la autoeficacia fueron el sexo ($\beta = .07$, $p = .012$) y el autoestima ($\beta = .12$, $p < .001$); los resultados de los coeficientes en el cuarto modelo utilizando el método Backward (método hacia atrás) para conocer las variables que tienen mayor contribución en el modelo se verificó que las variables edad

($\beta = .12, p < .001$), sexo ($\beta = .08, p = .004$) y el autoestima ($\beta = .13, p < .001$) mantienen efecto significativo sobre la autoeficacia.

Tabla 19

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en la autoeficacia

| Modelo | Coeficientes no Estandarizados | | Coeficientes Estandarizados | |
|---|--------------------------------|------|-----------------------------|------------|
| | B | E. E | β | Valor de p |
| (Constante) | 92.60 | 8.90 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | -1.49 | 1.24 | -.08 | .230 |
| Sexo | 3.57 | 1.42 | .07 | .012 |
| Años de escolaridad | -.66 | 1.40 | -.03 | .633 |
| Ocupación actual | -2.75 | 1.94 | -.04 | .157 |
| Índice de Religiosidad | -.01 | .02 | -.01 | .671 |
| Índice de Autoestima | .18 | .04 | .12 | .001 |
| <i>Modelo 1</i> $F_{(6,1216)}=9.20$ $R^2=4.3\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 91.88 | 8.74 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | -1.48 | 1.24 | -.08 | .231 |
| Sexo | 3.49 | 1.41 | .07 | .013 |
| Años de escolaridad | -.63 | 1.39 | -.03 | .648 |
| Ocupación actual | -2.78 | 1.94 | -.04 | .152 |
| Índice de autoestima | .17 | .04 | .12 | .001 |
| <i>Modelo 2</i> $F_{(5,1217)}=11.01$ $R^2=4.3\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 94.23 | 7.06 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | -2.01 | .47 | -.12 | .001 |
| Sexo | 3.50 | 1.41 | .07 | .013 |
| Ocupación actual | -2.70 | 1.93 | -.04 | .162 |
| Índice Autoestima | .17 | .04 | .12 | .001 |
| <i>Modelo 3</i> $F_{(4,1218)}=13.73$ $R^2=4.3\%$, $p < .001$ | | | | |

Modelo de Regresión Lineal Múltiple (continuación)

| Modelo | Coeficientes no Estandarizados | | Coeficientes Estandarizados | |
|-----------------------|--------------------------------|------|-----------------------------|------------|
| | B | E. E | β | Valor de p |
| (Constante) | 90.82 | 6.62 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | -2.08 | .47 | -.12 | .001 |
| Sexo | 3.92 | 1.37 | .08 | .004 |
| Índice Autoestima | .18 | .04 | .13 | .001 |

Modelo 4 $F_{(3,1219)}=17.64$ $R^2=4.2\%$, $p<.001$

Nota: CDPCA, TAE, IRD, DRSEQ-RA

n=1223

En la figura 8 se muestra de manera gráfica de acuerdo a lo planteado en la Teoría de Rango Medio que los factores personales que predicen la autoeficacia para el no consumo de alcohol son la edad, sexo y autoestima con una varianza explicada del $R^2=4.2\%$ ($p<.001$).

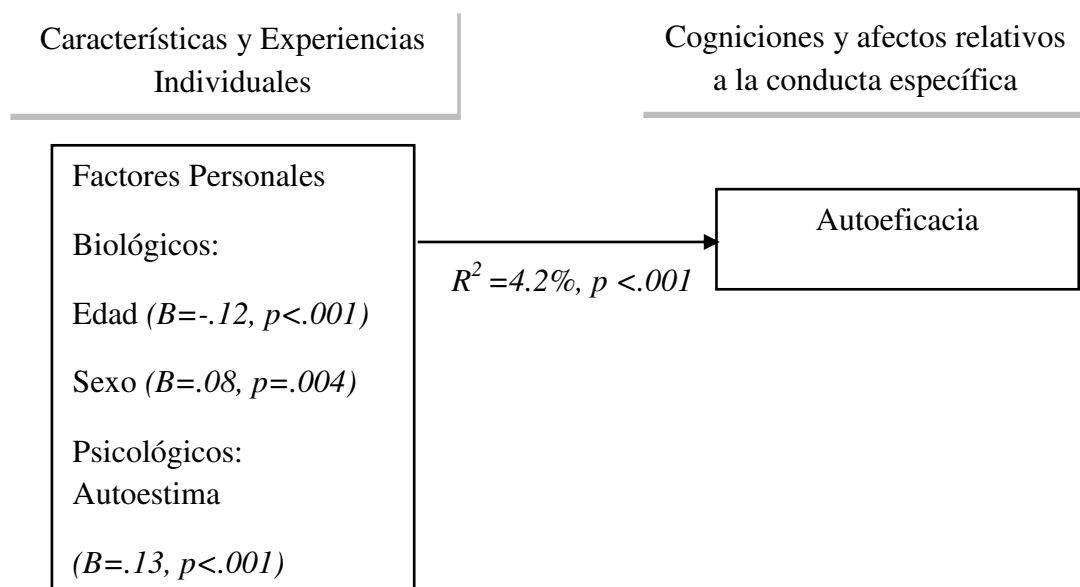


Figura 8. Factores personales que predicen la autoeficacia

Para responder a la tercera hipótesis que señala los Factores Personales Biológicos (Sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos

(Autoestima) tienen efecto en las Influencias Interpersonales (resistencia a la presión de los amigos e influencia de historia familiar de consumo de padre y madre) se efectuó un modelo de Regresión Lineal Múltiple para observar el efecto de las variables sobre la resistencia a la presión de los amigos y la historia familiar de consumo de padre y madre, las cuales se dispusieron como las variables dependientes.

En las tablas 20 y 21 se muestran los resultados del efecto de los factores personales sexo, edad, escolaridad, ocupación, índices de religiosidad y psicológicos autoestima, como variables independientes sobre la resistencia a la presión de los amigos.

Tabla 20

Efecto de los factores personales biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales (resistencia a la presión de los amigos)

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Cuadrado Medio | F | Valor de p |
|-----------|----------------------|----------------------|-------------------|-------|---------------|
| Regresión | 28171.73 | 6 | 4695.29 | 10.11 | .001 |
| Residual | 564700.72 | 1216 | 464.39 | | |
| Total | 592872.46 | 1222 | | | |
| *p<.001 | | R ² =4.8% | | | n= 1223 |

De acuerdo a los resultados en la regresión lineal múltiple, en el modelo se observa que las variables que predicen estadísticamente de manera significativa la resistencia a la presión de los amigos, son los factores personales biológicos sexo ($\beta = .07, p = .015$), la ocupación actual ($\beta = -.07, p = .013$) y el autoestima ($\beta = .11, p < .001$) ($p < .05$) reportando una varianza del 4.3% lo que se muestra en la tabla 21.

Tabla 21

Regresión lineal múltiple de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en las influencias interpersonales (resistencia a la presión de los amigos)

| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | Valor de p |
|---|--------------------------------|------|-----------------------------|------------|
| | B | E.E | β | |
| (Constante) | 83.72 | 7.99 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | -1.95 | 1.11 | -.13 | .080 |
| Sexo | 3.11 | 1.27 | .07 | .015 |
| Años de escolaridad | .28 | 1.25 | .01 | .821 |
| Ocupación actual | -4.32 | 1.74 | -.07 | .013 |
| Índice de Religiosidad | .02 | .02 | .02 | .394 |
| Índice de Autoestima | .14 | .03 | .11 | .001 |
| $F_{(6,1216)}=10.11$ R^2 4.3%, $p<.001$ | | | | |
| Nota: CDPKA, TAE, IRD, ERPA | | | | n=1223 |

En la figura 9 se muestra de manera gráfica que de acuerdo a lo planteado en la Teoría de Rango Medio los resultados muestran que las variables que predicen la resistencia a la presión de amigos son el sexo, la ocupación y el autoestima con una varianza explicada del $R^2=4.3\%$ ($p<.001$).

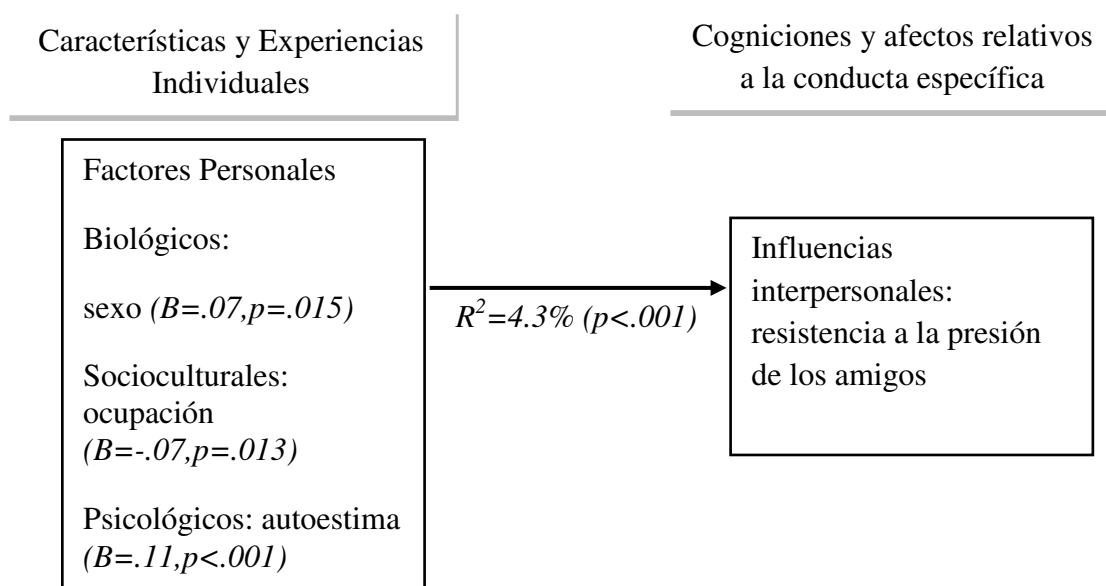


Figura 9. Factores personales que predicen las influencias interpersonales: resistencia a la presión de los amigos

Asimismo la hipótesis tres plantea que los Factores Personales Biológicos (Sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (Autoestima) tienen efecto en la influencia interpersonal (historia familiar de consumo del padre) del adolescente. La tabla 22 muestra los resultados del efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales como variables independientes sobre las influencias interpersonales (historia de consumo del padre) de los niños y adolescentes.

El Modelo de Regresión Lineal Múltiple fue significativo ($F_{(6,1156)}=6.60$, $p<.001$), con una varianza explicada de 3.3%; como se muestra en la tabla 26, en el primer modelo se observa que la variable que predice el efecto del no consumo de alcohol del niño y el adolescente de acuerdo a la historia de consumo del padre como influencia interpersonal, fue el autoestima ($\beta = -.17$, $p < .001$). Los resultados de los coeficientes en el quinto modelo utilizando el método Backward mostraron que la variable autoestima mantiene efecto significativo en el modelo ($\beta = -.17$, $p < .001$).

Tabla 22

Efecto de los factores personales biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales (historia de consumo del padre)

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Cuadrado Medio | F | Valor de p |
|------------|-------------------|-------------|----------------|---------|--------------|
| Regresión | 24797.61 | 6 | 4132.93 | 6.60 | .001 |
| Residual | 722888.60 | 1156 | 625.33 | | |
| Total | 747686.22 | 1162 | | | |
| * $p<.001$ | | $R^2=3.3\%$ | | n= 1223 | |

Tabla 23

Modelo de regresión lineal múltiple de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en las influencias interpersonales (historia de consumo del padre)

| Modelo | Coeficientes | | Coeficientes estandarizados | Valor de p |
|--|-------------------|------|-----------------------------|--------------|
| | no estandarizados | | | |
| | B | E.E | B | |
| (Constante) | 53.41 | 9.51 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | -1.74 | 1.32 | -.10 | .190 |
| Sexo | -2.50 | 1.52 | -.04 | .100 |
| Años de escolaridad | 1.86 | 1.49 | .09 | .212 |
| Ocupación actual | 1.14 | 2.07 | .01 | .582 |
| Índice de religiosidad | .00 | .03 | .00 | .918 |
| Índice de autoestima | -.25 | .04 | -.17 | .001 |
| <i>Modelo 1</i> $F_{(6,1156)} = 6.60$ $R^2 = 3.3\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 53.59 | 9.33 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | -1.74 | 1.32 | -.10 | .189 |
| Sexo | -2.48 | 1.50 | -.04 | .100 |
| Años de escolaridad | 1.85 | 1.49 | .09 | .213 |
| Ocupación actual | 1.15 | 2.07 | .01 | .579 |
| Índice de autoestima | -.25 | .04 | -.17 | .001 |
| <i>Modelo 2</i> $F_{(5,1157)} = 6.60$ $R^2 = 3.3\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 54.76 | 9.09 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | -1.65 | 1.31 | -.09 | .210 |
| Sexo | -2.66 | 1.47 | -.05 | .071 |
| Años de escolaridad | 1.78 | 1.48 | .09 | .230 |
| Índice de autoestima | -.26 | .04 | -.17 | .001 |
| <i>Modelo 3</i> $F_{(4,1158)} = 6.60$ $R^2 = 3.3\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 47.91 | 7.07 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | -.19 | .50 | -.01 | .705 |
| Sexo | -2.64 | 1.47 | -.05 | .072 |
| Índice de autoestima | -.25 | .04 | -.17 | .001 |
| <i>Modelo 4</i> $F_{(3,1159)} = 6.60$ $R^2 = 3.2\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 45.60 | 3.58 | | .001 |
| Sexo | -2.64 | 1.47 | -.05 | .073 |
| Índice de autoestima | -.25 | .04 | -.17 | .001 |
| <i>Modelo 5</i> $F_{(2,1160)} = 6.60$ $R^2 = 3.2\%$, $p < .001$ | | | | |
| Nota: CDPCA, TAE, IRD, IHFCA | | | | n=1223 |

En la figura10 se muestra de manera gráfica que de acuerdo a lo planteado en la Teoría de Rango Medio los resultados muestran que la variable que más aporta a la historia de no consumo del niño y adolescente al tener como influencia interpersonal el consumo del padre, es el autoestima con una varianza explicada de $R^2 = 3.2\%$ ($p < .001$).

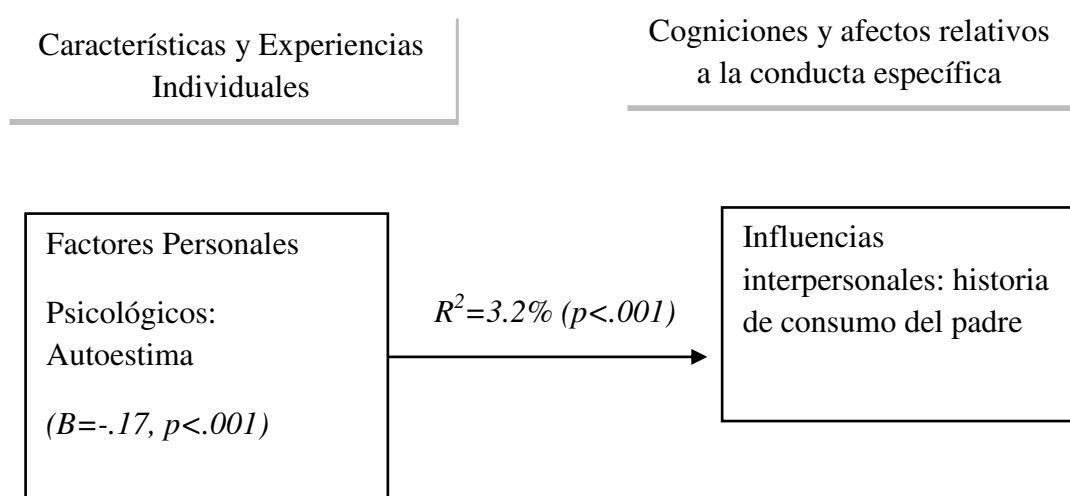


Figura 10. Factores personales que predicen las influencias interpersonales: historia de consumo de padre

En relación a la hipótesis tres que también menciona Los Factores Personales Biológicos (Sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (Autoestima) tienen efecto en las influencias interpersonales (historia familiar de consumo de la madre) del niño y del adolescente.

La tabla 24 muestra los resultados del efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales como variables independientes sobre las influencias interpersonales (historia de consumo de la madre) del adolescente. El Modelo de Regresión Lineal Múltiple fue significativo ($F_{(6,1208)} = 4.08, p < .001$), con una varianza explicada de 2.0%; En el primer modelo de la Tabla 25 se observa que la variable que predice el efecto del no consumo del adolescente fue el autoestima ($\beta = -.10, p < .001$), en relación a la historia de consumo de la madre como influencia interpersonal.

Los resultados de los coeficientes del quinto modelo utilizando el método Backward (Tabla 25) mostraron que la variable autoestima ($\beta = -.10, p < .001$) y la variable edad ($\beta = .06, p = .017$), se mantienen como variables predictoras del no consumo, en relación a la influencia interpersonal de historia de consumo de la madre.

Tabla 24

Efecto de los factores personales biológicos, socioculturales y psicológicos en las influencias interpersonales (historia de consumo de la madre)

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Cuadrado Medio | F | Valor de p |
|--------------|-------------------|---------------|----------------|----------|--------------|
| Regresión | 8333.18 | 6 | 1388.86 | 4.08 | .001 |
| Residual | 410948.07 | 1208 | 340.18 | | |
| Total | 419281.26 | 1214 | | | |
| * $p < .001$ | | $R^2 = 2.0\%$ | | n = 1223 | |

Tabla 25

Regresión lineal múltiple de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima en las influencias interpersonales (historia de consumo de la madre)

| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | Valor de p |
|---|--------------------------------|------|-----------------------------|--------------|
| | B | E.E | B | |
| (Constante) | 7.43 | 6.86 | | .279 |
| Edad (años cumplidos) | .92 | .95 | .07 | .333 |
| Sexo | .79 | 1.09 | .02 | .467 |
| Años de escolaridad | -.14 | 1.07 | -.01 | .894 |
| Ocupación actual | 2.01 | 1.49 | .04 | .179 |
| Índice de Religiosidad | -.00 | .02 | -.00 | .755 |
| Índice de Autoestima | -.10 | .03 | -.10 | .001 |
| Modelo 1 $F_{(6,1208)} = 4.0$ $R^2 = 2.0\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 7.95 | 5.64 | | .159 |
| Edad (años cumplidos) | .80 | .37 | .06 | .029 |
| Sexo | .80 | 1.09 | .02 | .466 |
| Ocupación actual | 2.02 | 1.49 | .04 | .174 |
| Índice de Religiosidad | -.00 | .02 | -.00 | .759 |
| Índice de Autoestima | -.10 | .03 | -.10 | .001 |
| Modelo 2 $F_{(5,1209)} = 4.9$ $R^2 = 2.0\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 7.49 | 5.44 | | .168 |
| Edad (años cumplidos) | .82 | .36 | .06 | .025 |
| Sexo | .75 | 1.08 | .02 | .488 |
| Ocupación actual | 2.00 | 1.48 | .04 | .178 |
| Índice de Autoestima | -.11 | .03 | -.10 | .001 |
| Modelo 3 $F_{(4,1210)} = 6.1$ $R^2 = 2.0\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 9.00 | 4.98 | | .071 |
| Edad (años cumplidos) | .82 | .36 | .06 | .025 |
| Ocupación actual | 1.78 | 1.45 | .03 | .219 |
| Índice de Autoestima | -.11 | .03 | -.10 | .001 |
| Modelo 4 $F_{(3,1211)} = 6.60$ $R^2 = 1.9\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 10.77 | 4.77 | | .024 |
| Edad (años cumplidos) | .87 | .36 | .06 | .017 |
| Índice de Autoestima | -.11 | .03 | -.10 | .001 |

Modleó 5 $F_{(2,1212)} = 11.2$ $R^2 = 1.8\%$, $p < .001$

Nota: CDPKA, TAE, IRD, IHFCA

n=1223

De manera gráfica y sintética se representa el planteamiento de la teoría de rango medio que muestra que las variables que más predicen el efecto significativo fueron la edad y el autoestima, con una varianza explicada de $R^2 = 1.8\%$ ($p < .001$).

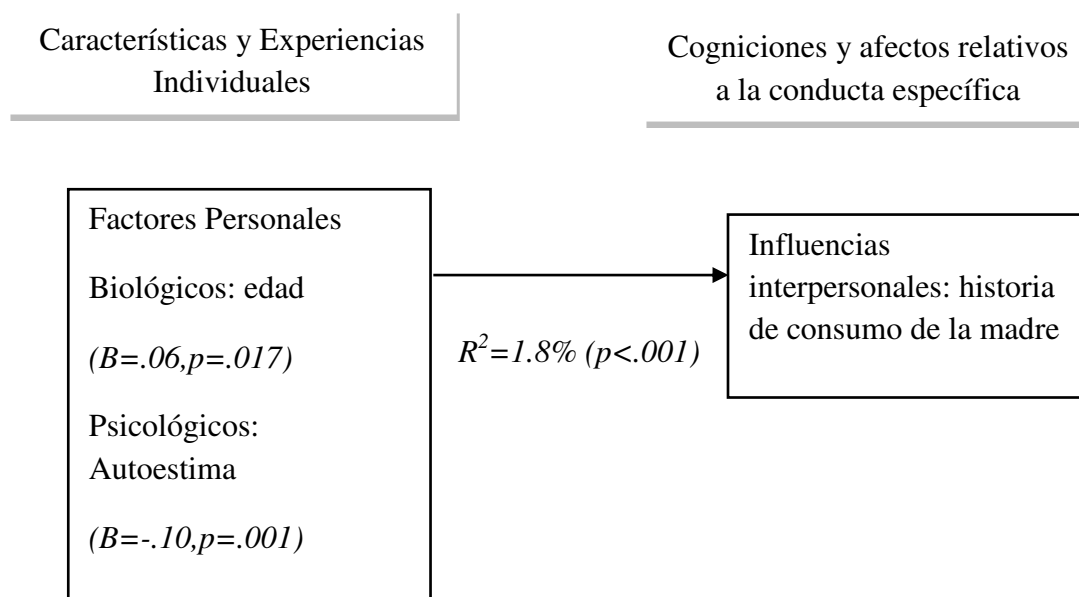


Figura 11. Factores personales que predicen las influencias interpersonales: historia de consumo de la madre

Para dar respuesta a la cuarta Hipótesis que plantea Los Factores Personales Biológicos (Sexo, edad), Socioculturales (escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (Autoestima) tienen efecto en las Influencias situacionales (Valoración del Barrio) en las tablas 26 a la 28 muestran el modelo de Regresión Lineal Múltiple para observar el efecto de las variables sexo, edad, escolaridad, ocupación, religiosidad y autoestima como variables independientes sobre la valoración del barrio como la variable dependiente.

En la tabla 26 se muestra el efecto de los factores personales biológicos y psicológicos sobre la valoración del barrio. En la tabla 27 se muestran los resultados del Modelo de Regresión Lineal Múltiple donde se observa que el modelo fue significativo ($F_{(6,1216)}=25.5$, $p<.001$), con una varianza explicada de 11.2%; en el primer modelo, se muestra que las variables que predicen el efecto significativo sobre la valoración del barrio fueron los factores personales escolaridad ($\beta = -.19$, $p = .006$), la religiosidad ($\beta = .15$, $p = .001$) y el autoestima ($\beta = .22$, $p = .001$), se siguió manteniendo como la variable que más aportó al modelo.

Tabla 26

Efecto de los Factores Personales Biológicos, Socioculturales y Psicológicos en las Influencias situacionales (Valoración del Barrio)

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Cuadrado Medio | F | Valor de p |
|-----------|-------------------|-----------------------|----------------|---------|------------|
| Regresión | 37821.09 | 6 | 6303.51 | 25.50 | .001 |
| Residual | 300547.08 | 1216 | 247.16 | | |
| Total | 338368.17 | 1222 | | | |
| *p<.001 | | R ² =11.2% | | n= 1223 | |

Tabla 27

Modelo general de sexo, edad, escolaridad, ocupación, religiosidad y Autoestima sobre la Valoración del Barrio

| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | Valor de p |
|--|--------------------------------|------|-----------------------------|------------|
| | B | E.E | β | |
| (Constante) | 42.25 | 5.83 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | .68 | .81 | .06 | .402 |
| Sexo | -1.05 | .93 | -.03 | .260 |
| Años de escolaridad | -2.50 | .91 | -.19 | .006 |
| Ocupación actual | .59 | 1.27 | .01 | .642 |
| Índice Religiosidad | .10 | .01 | .15 | .001 |
| Índice Autoestima | .21 | .02 | .22 | .001 |
| $F_{(6,1216)} = 25.5$ R ² = 11.2%, $p < .001$ | | | | |
| Nota: CDPKA, TAE, IRD, EVB | | | | n=1223 |

En el cuarto modelo, se observa que las variables que predicen la valoración del barrio son la escolaridad, la religiosidad y el autoestima como se observa en la Tabla 28.

Tabla 28

Regresión lineal múltiple de sexo, edad, escolaridad, ocupación, religiosidad y Autoestima sobre la Valoración del Barrio

| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes estandarizados | Valor de p |
|--|--------------------------------|------|-----------------------------|------------|
| | B | E.E | β | |
| (Constante) | 42.25 | 5.83 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | .68 | .81 | .06 | .402 |
| Sexo | -1.05 | .93 | -.03 | .260 |
| Años de escolaridad | -2.50 | .91 | -.19 | .006 |
| Ocupación actual | .59 | 1.27 | .01 | .642 |
| Índice Religiosidad | .10 | .01 | .15 | .001 |
| Índice Autoestima | .21 | .02 | .22 | .001 |
| Modelo 1 $F_{(6,1216)} = 25.5$ $R^2 = 11.2\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 42.83 | 5.69 | | .001 |
| Edad (años cumplidos) | .72 | .80 | .06 | .366 |
| Sexo | -1.14 | .91 | -.03 | .208 |
| Años de escolaridad | -2.53 | .91 | -.19 | .006 |
| Índice Religiosidad | .10 | .01 | .15 | .001 |
| Índice Autoestima | .21 | .02 | .21 | .001 |
| Modelo 2 $F_{(5,1217)} = 30.5$ $R^2 = 11.2\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 47.05 | 3.26 | | .001 |
| Sexo | -1.15 | .91 | -.03 | .204 |
| Años de escolaridad | -1.77 | .35 | -.13 | .001 |
| Índice de Religiosidad | .10 | .01 | .15 | .001 |
| Índice de Autoestima | .21 | .02 | .21 | .001 |
| Modelo 3 $F_{(4,1218)} = 38.0$ $R^2 = 11.1\%$, $p < .001$ | | | | |
| (Constante) | 45.35 | 2.97 | | .001 |
| Años de escolaridad | -1.78 | .35 | -.13 | .001 |
| Índice de Religiosidad | .09 | .01 | .14 | .001 |
| Índice de Autoestima | .21 | .02 | .22 | .001 |
| Modelo 4 $F_{(3,1219)} = 50.1$ $R^2 = 11.0\%$, $p < .001$ | | | | |

Nota: CDPCA, TAE, IRD, EVB

n=1223

De manera gráfica y sintética se representa el planteamiento de la teoría de rango medio que muestra que las variables que predicen las influencias situacionales (valoración del barrio) fueron la escolaridad, la religiosidad y el autoestima, con una varianza explicada de $R^2 = 11.0\%$, $p < .001$ (Figura 12).

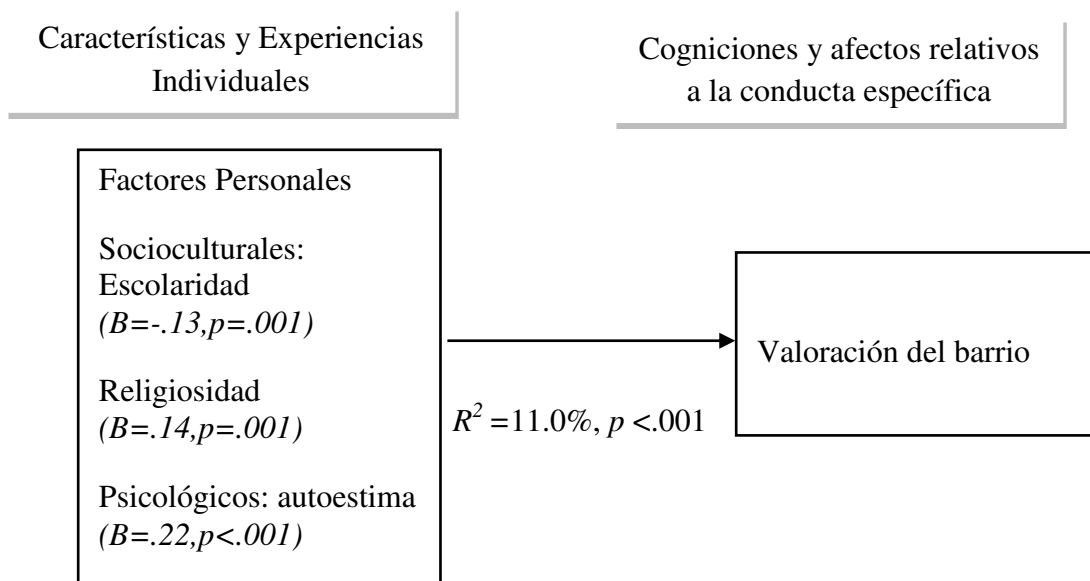


Figura 12. Factores personales que predicen la valoración del barrio

Para dar respuesta a la quinta hipótesis que plantea la autoeficacia tiene efecto en el resultado conductual (no consumo de alcohol), se presentan las siguientes tablas.

El análisis de correlación entre la variable predictora autoeficacia y la variable dependiente conducta de consumo y no consumo de alcohol muestra correlaciones significativas en las tres dimensiones de la escala utilizada (Tabla 29).

El Coeficiente de Correlación muestra relación negativa de la dimensión de autoeficacia de presión ($r = -.358$; $p < .001$) y una correlación positiva con la dimensión autoeficacia de alivio ($r = .829$; $p < .001$) y autoeficacia oportunista ($r = .812$; $p < .001$) con la conducta de consumo de alcohol. Lo que significa que a mayor autoeficacia en los niños y adolescentes menor es el consumo de alcohol.

Tabla 29

Coefficiente de Correlación de Spearman de las variables de autoeficacia y el consumo de alcohol

| Variable | Consumo de Alcohol (AUDIT) |
|--|----------------------------|
| Índice de Autoeficacia | -.411 (.001) |
| Índice de Autoeficacia de Presión | -.358 (.001) |
| Índice de Autoeficacia de Alivio | .829 (.001) |
| Índice de Autoeficacia Oportunista | .812 (.001) |
| Nota: DRSEQ-RA, AUDIT n_a = consumidores n_a=313 | |

La tabla 30 muestra el Modelo de Regresión Logística para obtener el efecto de la autoeficacia para el no consumo de alcohol alguna vez en la vida. Se encontró que existe un efecto del Modelo ($\chi^2 = 19.96$, $p < .001$), con una varianza explicada del 1.6%. La variable autoeficacia contribuye en el no consumo de alcohol de los participantes ($\beta = .011$, $p < .001$).

Tabla 30

Modelo de Regresión Logística de autoeficacia para el no consumo de alcohol alguna vez

| Variable | B | E.E | Wald | gl | Valor de p | OR | IC95% | |
|--------------|--|------|--------|----|------------|-------|-------|------|
| | | | | | | | LI | LS |
| Autoeficacia | .011 | .003 | 18.796 | 1 | .001 | 1.011 | 1.00 | 1.01 |
| Constante | -1.079 | .222 | 23.694 | 1 | .001 | .340 | | |
| Modelo 1 | $\chi^2 = 19.96$, $gl = 1$, $R^2 = 1.6$, $p < .001$ | | | | | | | |

Nota: B=beta, EE= error estándar, gl= grados de libertad, OR= odds ratio, p=significancia estadística

Como se observa en la figura 13 la variable autoeficacia predice el consumo de alcohol alguna vez en la vida, a mayor autoeficacia menor consumo de alcohol.

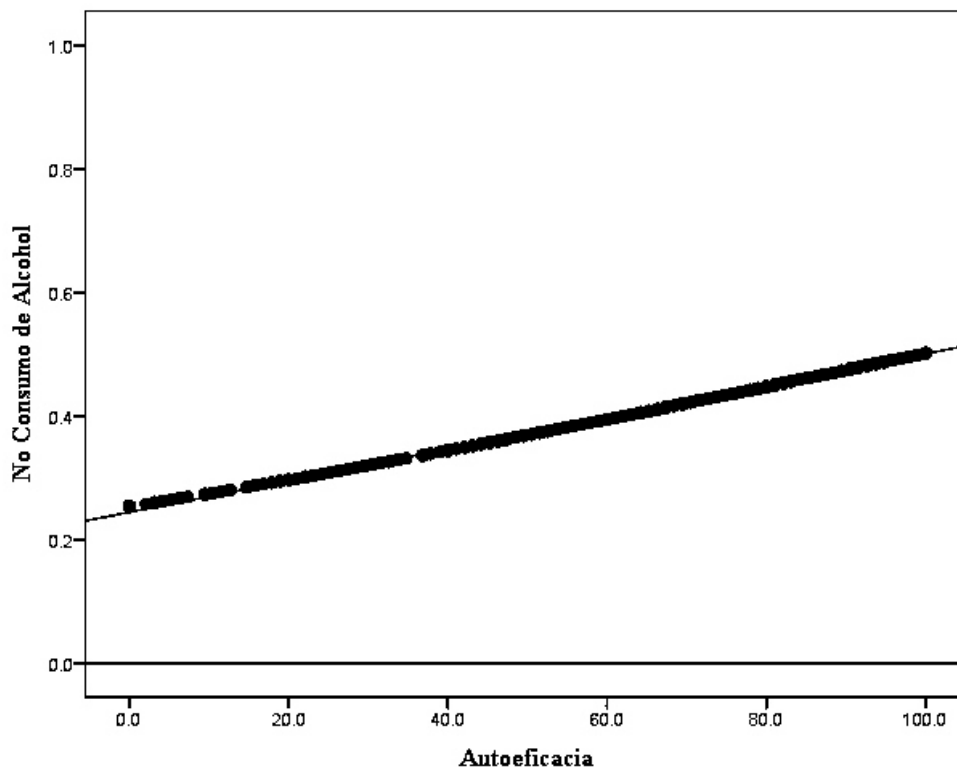


Figura 13. Autoeficacia y Consumo de Alcohol alguna vez en la vida

La tabla 31 muestra el Modelo de Regresión Logística para obtener el efecto de la autoeficacia para el no consumo de alcohol en el último año. Se encontró que existe un efecto del Modelo ($\chi^2 = 18.14$, $p < .001$), con una varianza explicada del 1.5%. La variable autoeficacia contribuye en el no consumo de alcohol de los participantes ($\beta = .011$, $p < .001$).

Tabla 31

Modelo de Regresión Logística de autoeficacia en el último año

| Variable | B | E.E | Wald | gl | Valor de <i>p</i> | OR | IC95% | |
|---|------|------|--------|----|----------------------|-------|-------|-------|
| | | | | | | | LI | LS |
| Autoeficacia | .011 | .002 | 18.772 | 1 | .000 | 1.011 | 1.006 | 1.016 |
| Constante | .178 | .213 | .697 | 1 | .404 | 1.194 | | |
| <i>Modelo 1</i> $\chi^2 = 18.140$, $gl = 1$, $R^2 = 1.5$, $p < .000$ | | | | | | | | |

Nota: B=beta, EE= error estándar, gl= grados de libertad, OR= odds ratio, p=significancia estadística

n= 1223

La figura 14 muestra que la variable autoeficacia predice el consumo de alcohol en el último año, a mayor autoeficacia menor consumo de alcohol.

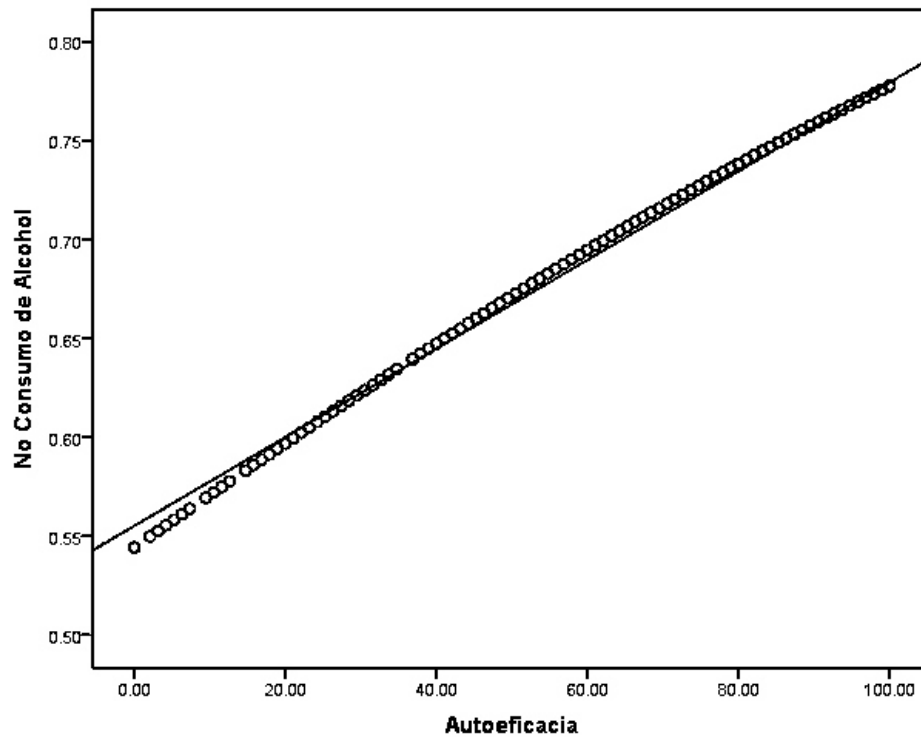


Figura 14. Autoeficacia y Consumo de Alcohol en el último año

En relación a la sexta hipótesis que señala las Influencias Interpersonales (Resistencia a la presión de amigos e Historia Familiar de Consumo de Alcohol) tienen efecto en el resultado conductual no consumo de alcohol, se presentan a continuación las siguientes tablas.

El análisis de correlación entre las variables predictoras resistencia a la presión de amigos, historia de consumo del padre e historia de consumo de la madre y la variable dependiente (conducta de consumo de alcohol), muestra correlaciones significativas en las tres variables (Tabla 32). El análisis correlacional muestra como esta conducta tiene una correlación positiva con las variables historia familiar de consumo ($r = .262$; $p < .001$) consumo del padre ($r = .204$; $p < .001$) y consumo de la madre ($r = .226$; $p < .001$) y una correlación negativa con la resistencia a los amigos

($r = -.388$; $p < .001$).

Tabla 32

Coefficiente de Correlación de Spearman de las influencias interpersonales y el consumo de alcohol

| Variable | Consumo de Alcohol (AUDIT) |
|---------------------------------------|----------------------------|
| Índice de Resistencia | -.388 (.001) |
| Historia Familiar de Consumo | .262 (.001) |
| Historia Familiar de Consumo de Padre | .204 (.001) |
| Historia Familiar de Consumo de Madre | .226 (.001) |

Nota: IHFCA, AUDIT, n_a = consumidores

$n_a = 313$

La tabla 33 muestra los resultados del efecto de las variables predictoras resistencia a la presión de los amigos, historia de consumo de la madre e historia de consumo del padre como variables independientes, sobre la conducta de consumo del adolescente. En la tabla 34 se presenta el Modelo general de resistencia e historia familiar de consumo y el consumo de alcohol.

Tabla 33

Efecto de la Resistencia e historia familiar de consumo sobre el consumo de alcohol

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Cuadrado Medio | F | Valor de p |
|--------------|-------------------|----------------|----------------|------------|------------|
| Regresión | 19510.77 | 1 | 6503.59 | 64.45 | .001 |
| Residual | 116344.56 | 1221 | 100.90 | | |
| Total | 135855.33 | 1222 | | | |
| * $p < .001$ | | $R^2 = 14.4\%$ | | $n = 1223$ | |

Tabla 34

Modelo general de resistencia e historia familiar de consumo y el consumo de alcohol

| Modelo | α | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes Estandarizados | |
|---------------------|----------|--------------------------------|---------|-----------------------------|------------|
| | B | E.E | β | t | Valor de p |
| (Constante) | 12.95 | 1.11 | | 11.63 | .001 |
| Resistencia | -.14 | .01 | -.29 | -10.50 | .001 |
| Historia Fam. Padre | .04 | .01 | .10 | 3.46 | .001 |

| | | | | | |
|---------------------|-----|-----|-----|------|--------|
| Historia Fam. Madre | .08 | .01 | .14 | 4.70 | .001 |
| Nota: IHFCA, AUDIT | | | | | n=1223 |

La tabla 35 muestra el Modelo de Regresión Logística de las influencias interpersonales (resistencia a la presión de amigos e historia familiar de consumo) en el no consumo de alcohol alguna vez en la vida. Se encontró que existe un efecto del Modelo ($\chi^2 = 52.43$, $p < .001$), con una varianza explicada del 4.4%. Las variables resistencia a la presión de los amigos ($\beta = .015$, $p < .001$) historia de consumo del padre ($\beta = -.006$, $p = .023$) e historia de consumo de la madre ($\beta = -.009$, $p = .016$) contribuyen al modelo.

Tabla 35

Modelo de Regresión Logística de las influencias interpersonales (resistencia a la presión de amigos e historia familiar de consumo) en el no consumo de alcohol alguna vez en la vida

| Variable | B | E.E | Wald | gl | Valor de p | OR | IC95% | |
|---|-------|------|--------|----|------------|-------|-------|-------|
| | | | | | | | LI | LS |
| Resistencia a los amigos | .015 | .003 | 25.554 | 1 | .001 | 1.015 | 1.009 | 1.021 |
| Historia del padre | -.006 | .003 | 5.163 | 1 | .023 | .994 | .989 | .999 |
| Historia de la madre | -.009 | .004 | 5.785 | 1 | .016 | .991 | .984 | .998 |
| Constante | -.995 | .242 | 16.913 | 1 | .001 | .370 | | |
| <i>Modelo 1 $\chi^2 = 52.439$, gl= 3, $R^2 = 4.4$, $p < .001$</i> | | | | | | | | |

Nota: B=beta, EE= error estándar, gl= grados de libertad, OR= odds ratio, p=significancia estadística

De manera gráfica se observa que la historia de consumo del padre influye en el no consumo del niño y adolescente, donde a menor consumo del padre, menor consumo del hijo alguna vez en la vida (Figura 14).

Asimismo la historia de consumo de la madre influye en el no consumo del niño y adolescente, donde a menor consumo de la madre, menor consumo del hijo alguna vez en la vida (Figura 15).

También la resistencia a la presión de amigos influye en el no consumo del niño

y adolescente lo cual se puede traducir en que a mayor resistencia a la presión de los amigos es menor el consumo alguna vez en la vida (Figura 17)

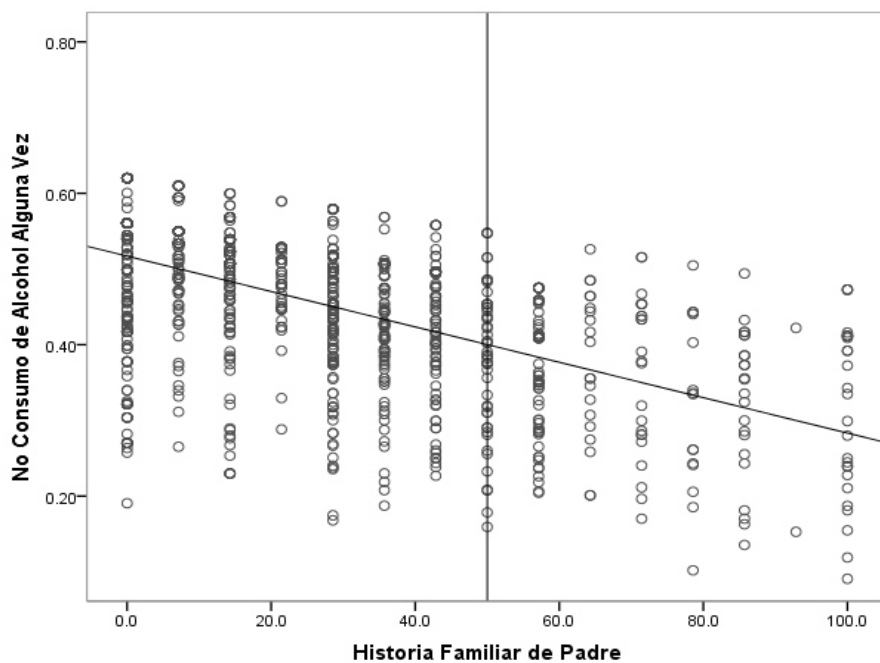


Figura 15. Historia Familiar de Consumo del padre y no consumo de alcohol alguna vez

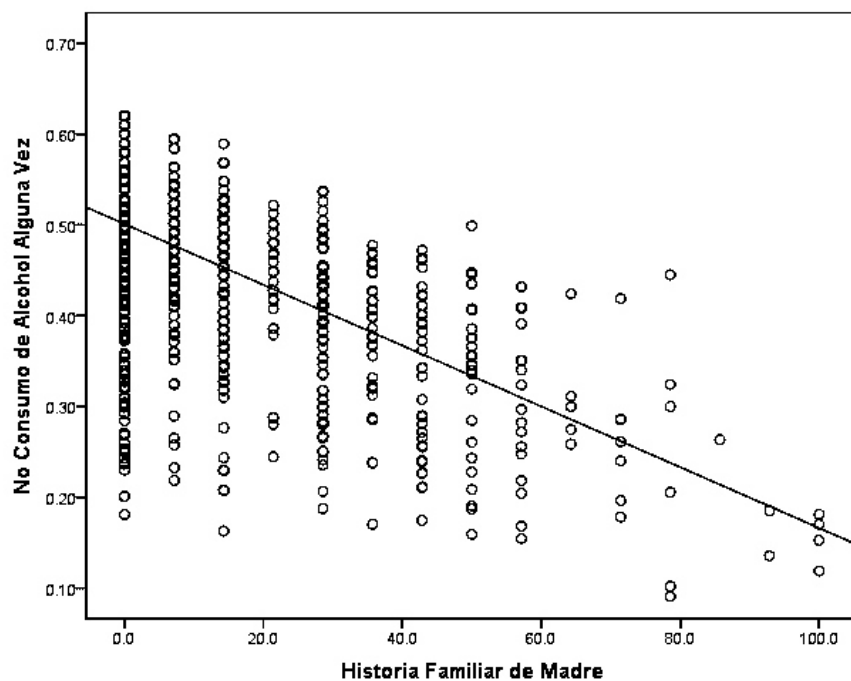


Figura 16. Historia Familiar de Consumo de la madre y no consumo de alcohol alguna vez

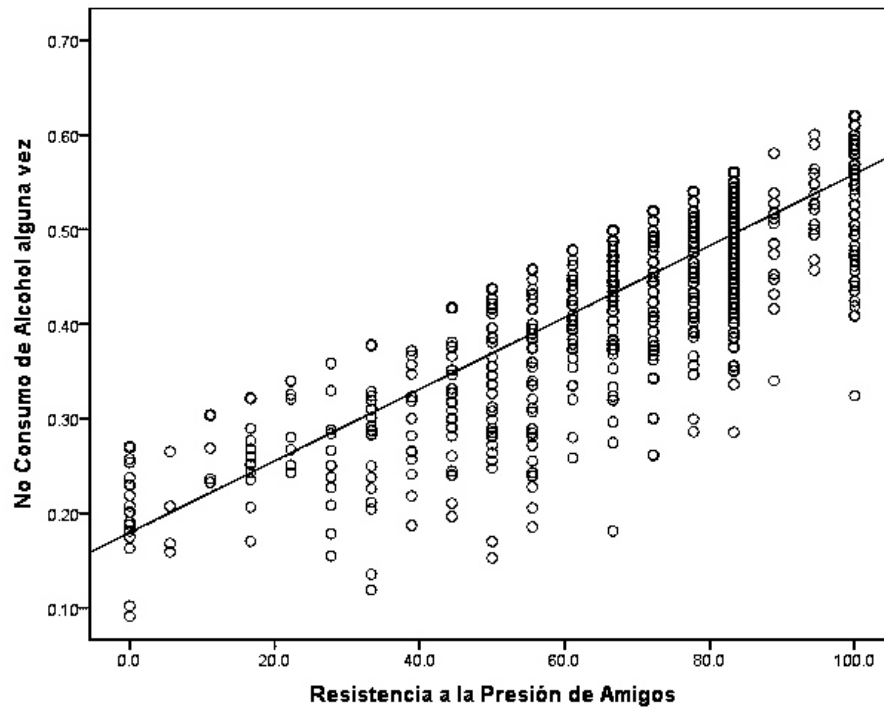


Figura 17. Resistencia a la presión de amigos y no consumo de alcohol alguna vez

La tabla 36 muestra el Modelo de Regresión Logística de las influencias interpersonales (resistencia a la presión de amigos e historia familiar de consumo) en el no consumo de alcohol en el último año. Se encontró que existe un efecto del Modelo ($\chi^2 = 52.43$, $p < .001$), con una varianza explicada del 4.2%. Las variables resistencia a la presión de los amigos ($\beta = .016$, $p < .001$) e historia de consumo del padre ($\beta = -.007$, $p < .001$) son las que contribuyen al modelo.

Tabla 36

Modelo de Regresión Logística de las influencias interpersonales (resistencia a la presión de amigos e historia familiar de consumo) en el no consumo de alcohol en el último año

| Variable | B | E.E | Wald | gl | Valor de p | OR | IC95% | |
|--|---------------|--------------|------------------|--------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| | | | | | | | LI | LS |
| Resistencia a los amigos | .016 -.007 | .003 .003 | 31.198 6.716 | 1 1 | .001 .010 | 1.016 .993 | 1.011 .987 | 1.022 .998 |
| Historia del padre | -.006 | .004 | 2.679 | 1 | .102 | .994 | .986 | 1.001 |
| Historia de la madre | .199 | .235 | .722 | 1 | .395 | 1.221 | | |
| Constante | | | | | | | | |
| <i>Modelo 1 $\chi^2 = 52.436, gl = 3, R^2 = 4.4, p < .001$</i> | | | | | | | | |
| Resistencia a los amigos | .017 -.009 | .003 .003 | 33.051 12.332 | 1 1 | .001 .001 | 1.017 .991 | 1.011 .986 | 1.022 .996 |
| Historia del padre | .129 | .230 | .314 | 1 | .575 | 1.138 | | |
| Constante | | | | | | | | |
| <i>Modelo 2 $\chi^2 = -2.659, gl = 1, R^2 = 4.2, p = .103$</i> | | | | | | | | |

Nota: B=beta, EE= error estándar, gl= grados de libertad, OR= odds ratio, p=significancia estadística
n= 1223

De manera gráfica se observa que la historia de consumo del padre influye en el no consumo del niño y adolescente, donde a menor consumo del padre, menor consumo del hijo en el último año (Figura 17).

También la resistencia a la presión de amigos influye en el no consumo del niño y adolescente lo cual se puede traducir en que a mayor resistencia a la presión de los amigos es menor el consumo en el último año (Figura 18)

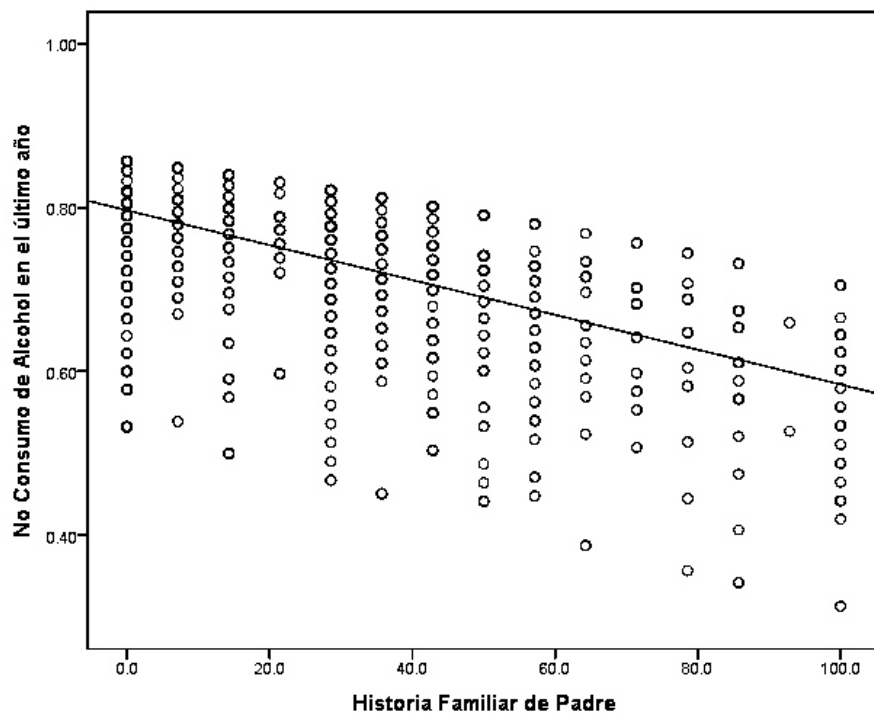


Figura 17. Historia de consumo del padre y no consumo de alcohol en el último año

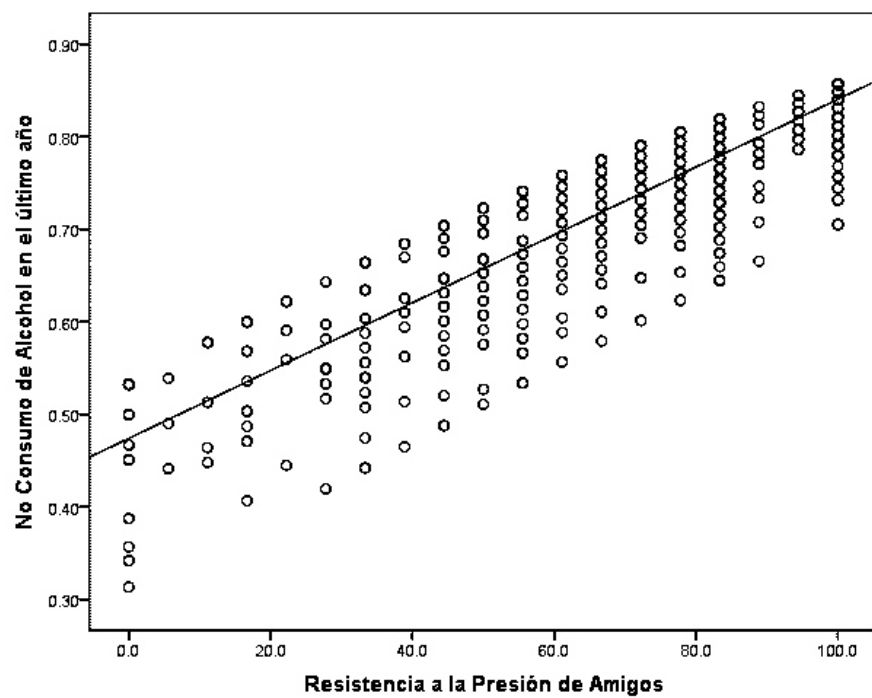


Figura 18. Resistencia a la presión de amigos y no consumo de alcohol en el último año

De acuerdo a la séptima hipótesis que señala Las influencias situacionales (Valoración del Barrio) tienen efecto en el resultado conductual (consumo de alcohol), se presentan las tablas 37 a la 39 que dan respuesta a esta hipótesis de investigación. El análisis de correlación entre la variable predictora activos de barrio con la variable dependiente (conducta de consumo de alcohol), mostró una correlación negativa significativa ($r = -.084$; $p < .05$)(Tabla 37).

Tabla 37

Coefficiente de Correlación de Spearman de la variable Valoración del barrio y el consumo de alcohol

| Variable | Consumo de Alcohol (AUDIT) |
|-----------------------|----------------------------|
| Valoración del Barrio | -.084 (.003) |

Nota: EVB, AUDIT

n=1223

La tabla muestra el Modelo de Regresión Logística para obtener el efecto de la Valoración del barrio para el no consumo de alcohol alguna vez en la vida. Se encontró que existe un efecto del Modelo ($\chi^2 = 11.33$, $p < .001$), con una varianza explicada del 9.0%. La variable valoración del barrio contribuye en el no consumo de alcohol de los participantes ($\beta = .013$, $p < .001$).

Tabla 38

Modelo de Regresión Logística de las influencias situacionales (Valoración del barrio) para el no consumo de alcohol alguna vez en la vida

| Variable | B | E.E | Wald | gl | Valor de p | OR | IC95% | |
|-----------------------|-------|------|-------|----|------------|-------|-------|-------|
| | | | | | | | LI | LS |
| Valoración del Barrio | .007 | .003 | 3.607 | 1 | .058 | 1.007 | 1.000 | 1.013 |
| Constante | -.522 | .200 | 6.825 | 1 | .009 | .593 | | |

Modelo 1 $\chi^2 = 3.62$, $gl = 1$, $R^2 = 3.0$, $p = .057$

Nota: B=beta, EE= error estándar, gl= grados de libertad, OR= odds ratio, p=significancia estadística

La figura 19 muestra de manera gráfica la valoración del barrio y el consumo de alcohol alguna vez en la vida, a mayor valoración del barrio, menor consumo alguna vez.

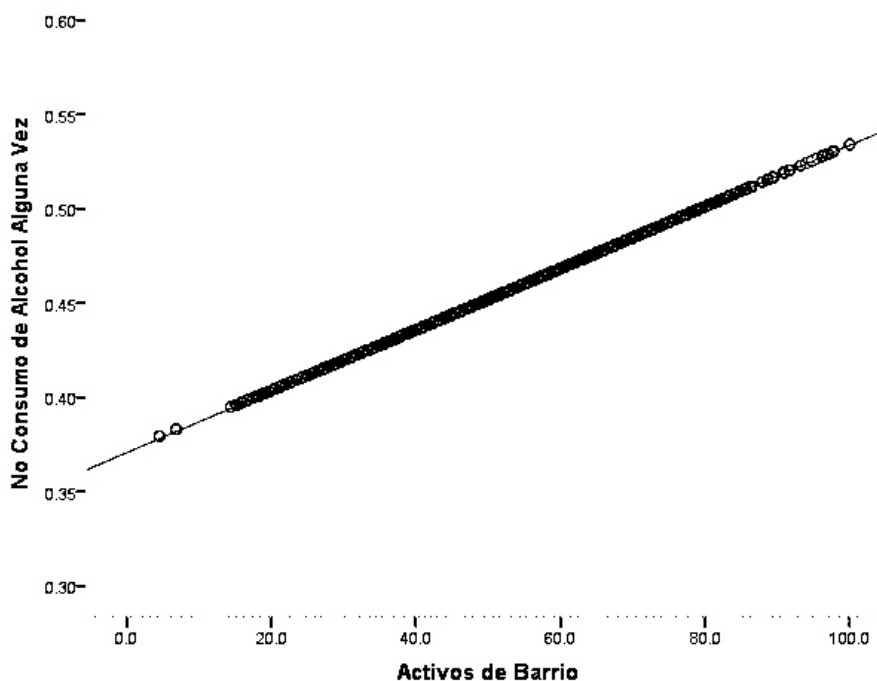


Figura 19. Valoración del barrio y no consumo de alcohol alguna vez en la vida

Tabla 39

Modelo de Regresión Logística de las influencias situacionales (valoración del barrio) para el no consumo de alcohol en el último año

| Variable | B | E.E | Wald | gl | Valor de p | OR | IC95% | |
|-----------------------|------|------|--------|----|------------|-------|-------|-------|
| | | | | | | | LI | LS |
| Valoración del barrio | .013 | .004 | 11.219 | 1 | .001 | 1.013 | 1.006 | 1.021 |
| Constante | .346 | .222 | 2.433 | 1 | .119 | 1.413 | | |

Modelo 1 $\chi^2 = 11.337$, $gl = 1$, $R^2 = 9.0$, $p < .001$

Nota: B=beta, EE= error estándar, gl= grados de libertad, OR= odds ratio, p=significancia estadística

La figura 20 muestra de manera gráfica la valoración del barrio y el consumo de alcohol en el último año, a mayor valoración del barrio, menor consumo.

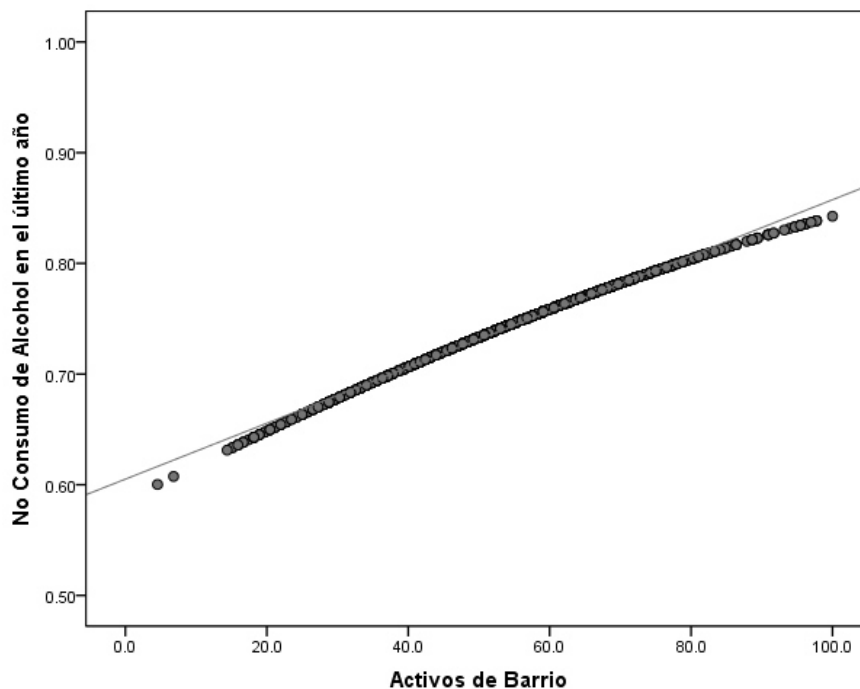


Figura 20. Valoración del barrio y no consumo de alcohol en el último año

Con la finalidad de Determinar la capacidad explicativa del Modelo Promoción de la Salud para el No Consumo de Alcohol en niños de 5° y 6° año de primaria y de los adolescentes de 1ero. 2do. y 3er año de secundaria, a partir del MPS de Nola J. Pender. El Modelo de Regresión Logística mostró que existe un efecto del Modelo ($\chi^2 = 97.20$, $p < .001$), con una varianza explicada del 11.8%. Las variables que se observa en el primer modelo que contribuyeron en el consumo fueron la edad ($B = .14$, $p = .003$), ocupación ($B = -.41$, $p = .026$), el autoestima ($B = -.01$, $p < .001$) resistencia a la presión de amigos ($B = -.01$, $p < .001$) e historia de consumo del padre ($B = .00$, $p = .035$) (Tabla 40)

Tabla 40

Modelo de Regresión Logística de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad, autoestima, autoeficacia, resistencia a la presión de amigos, historia de consumo del padre, historia de consumo de la madre y valoración del barrio para el no consumo de alcohol en el último año

| Variable | B | E.E | Wald | gl | Valor de p | OR | IC95% | |
|--|--------|------|--------|----|---------------|-------|-------|-------|
| | | | | | | | LI | LS |
| Edad | -.056 | .112 | .251 | 1 | .616 | .945 | .758 | 1.178 |
| Sexo | .138 | .127 | 1.171 | 1 | .279 | 1.147 | .894 | 1.472 |
| Escolaridad | .048 | .125 | .144 | 1 | .705 | 1.049 | .820 | 1.341 |
| Ocupación | -.432 | .181 | 5.664 | 1 | .017 | .649 | .455 | .927 |
| Religiosidad | .001 | .003 | .023 | 1 | .879 | 1.000 | .995 | 1.005 |
| Autoestima | .014 | .004 | 13.230 | 1 | .001 | 1.015 | 1.007 | 1.022 |
| Autoeficacia | .004 | .003 | 2.006 | 1 | .157 | 1.004 | .999 | 1.009 |
| Resistencia | .011 | .003 | 14.057 | 1 | .001 | 1.012 | 1.005 | 1.018 |
| Historia padre | -.004 | .003 | 2.690 | 1 | .101 | .996 | .990 | 1.001 |
| Historia madre | -.008 | .004 | 4.784 | 1 | .029 | .992 | .984 | .999 |
| Barrio | .001 | .004 | .021 | 1 | .885 | 1.001 | .993 | 1.008 |
| Constante | -1.324 | .885 | 2.240 | 1 | .134 | .266 | | |
| <i>Modelo 1 $\chi^2 = 97.20$, gl= 11, $R^2 = 11.8$, $p < .001$</i> | | | | | | | | |
| Edad | -.056 | .112 | .245 | 1 | .620 | .946 | .759 | 1.179 |
| Sexo | .137 | .127 | 1.158 | 1 | .282 | 1.146 | .894 | 1.470 |
| Escolaridad | .046 | .125 | .135 | 1 | .713 | 1.047 | .820 | 1.338 |
| Ocupación | -.432 | .181 | 5.656 | 1 | .017 | .650 | .455 | .927 |
| Religiosidad | .001 | .003 | .018 | 1 | .893 | 1.000 | .995 | 1.005 |
| Autoestima | .015 | .004 | 14.070 | 1 | .001 | 1.015 | 1.007 | 1.022 |
| Autoeficacia | .004 | .003 | 2.031 | 1 | .154 | 1.004 | .999 | 1.009 |
| Resistencia | .012 | .003 | 14.114 | 1 | .001 | 1.012 | 1.006 | 1.018 |
| Historia padre | -.004 | .003 | 2.698 | 1 | .101 | .996 | .990 | 1.001 |
| Historia madre | -.008 | .004 | 4.791 | 1 | .029 | .992 | .984 | .999 |
| Constante | -1.304 | .873 | 2.228 | 1 | .136 | .272 | | |
| <i>Modelo 2 $\chi^2 = 97.16$, gl= 10, $R^2 = 11.8$, $p < .001$</i> | | | | | | | | |
| Edad | -0.56 | .04 | 9.41 | 1 | .002 | 1.16 | 1.05 | 1.27 |
| Sexo | .134 | .14 | 2.95 | 1 | .086 | 1.28 | .96 | 1.71 |
| Escolaridad | .047 | | | | | | | |
| Ocupación | -.432 | .18 | 5.08 | 1 | .024 | .65 | .45 | .94 |
| Autoestima | .014 | .00 | 10.68 | 1 | .001 | .98 | .97 | .99 |
| Autoeficacia | .004 | .00 | .64 | 1 | .422 | .99 | .99 | 1.00 |
| Resistencia | .011 | .00 | 17.85 | 1 | .001 | .98 | .98 | .99 |
| Historia padre | -.004 | .00 | 4.53 | 1 | .033 | 1.00 | 1.00 | 1.01 |

Modelo de Regresión Logística de edad, sexo, escolaridad, ocupación, religiosidad, autoestima, autoeficacia, resistencia a la presión de amigos, historia de consumo del padre, historia de consumo de la madre y valoración del barrio para el no consumo de alcohol en el último año (continuación)

| Variable | B | E.E | Wald | gl | Valor de p | OR | IC95% | |
|---|-------|-----|-------|----|---------------|------|-------|------|
| | | | | | | | LI | LS |
| Historia madre | -.008 | .00 | 1.68 | 1 | .194 | 1.00 | .99 | 1.01 |
| Constante | -.55 | .77 | .51 | 1 | .473 | .57 | | |
| <i>Modelo 3 $\chi^2 = 96.53$, gl= 9, $R^2 = 11.8$, $p < .001$</i> | | | | | | | | |
| Edad | .15 | .04 | 10.28 | 1 | .001 | 1.16 | 1.06 | 1.28 |
| Sexo | .24 | .14 | 2.75 | 1 | .097 | 1.27 | .95 | 1.70 |
| Ocupación | -.41 | .18 | 4.95 | 1 | .026 | .66 | .46 | .95 |
| Religiosidad | -.00 | .00 | 1.90 | 1 | .168 | .99 | .99 | 1.00 |
| Autoestima | -.01 | .00 | 12.74 | 1 | .001 | .98 | .97 | .99 |
| Resistencia | -.01 | .00 | 18.41 | 1 | .001 | .98 | .98 | .99 |
| Historia padre | .00 | .00 | 4.66 | 1 | .031 | 1.00 | 1.00 | 1.01 |
| Historia madre | .00 | .00 | 1.69 | 1 | .193 | 1.00 | .99 | 1.01 |
| Constante | -.79 | .74 | 1.13 | 1 | .288 | .45 | | |
| <i>Modelo 4 $\chi^2 = 95.36$, gl= 8, $R^2 = 11.6$, $p < .001$</i> | | | | | | | | |
| Edad | .15 | .04 | 10.84 | 1 | .001 | 1.17 | 1.06 | 1.28 |
| Sexo | .23 | .14 | 2.62 | 1 | .105 | 1.26 | .95 | 1.68 |
| Ocupación | -.41 | .18 | 5.10 | 1 | .024 | .65 | .46 | .94 |
| Religiosidad | -.00 | .00 | 1.95 | 1 | .162 | .99 | .99 | 1.00 |
| Autoestima | -.01 | .00 | 12.81 | 1 | .001 | .98 | .97 | .99 |
| Resistencia | -.01 | .00 | 19.49 | 1 | .001 | .98 | .98 | .99 |
| Historia padre | .00 | .00 | 8.33 | 1 | .004 | 1.00 | 1.00 | 1.01 |
| Barrio | -.00 | .00 | 1.03 | 1 | .308 | .99 | .98 | 1.00 |
| Constante | -.76 | .77 | 1.06 | 1 | .302 | .46 | | |
| <i>Modelo 5 $\chi^2 = 93.68$, gl= 7, $R^2 = 11.4$, $p < .001$</i> | | | | | | | | |
| Edad | .16 | .04 | 12.04 | 1 | .001 | 1.18 | 1.07 | 1.29 |
| Ocupación | -.40 | .18 | 4.77 | 1 | .029 | .66 | .46 | .96 |
| Autoestima | -.01 | .00 | 14.04 | 1 | .001 | .98 | .97 | .99 |
| Resistencia | -.01 | .00 | 19.77 | 1 | .001 | .98 | .98 | .99 |
| Historia padre | .00 | .00 | 8.25 | 1 | .004 | 1.00 | 1.00 | 1.01 |
| Constante | -1.10 | .70 | 2.45 | 1 | .117 | .33 | | |
| <i>Modelo 6 $\chi^2 = 91.73$, gl= 6, $R^2 = 11.2$, $p < .001$</i> | | | | | | | | |

Nota: B=beta, EE= error estándar, gl= grados de libertad, OR= odds ratio,
p=significancia estadística n= 1223

Como se muestra en el sexto modelo las variables que predicen el Modelo de Promoción de la Salud de no Consumo de Alcohol son principalmente la edad ($B=.16$, $p<.001$), la ocupación ($B=-.40$, $p=.029$), el autoestima ($B=-.01$, $p<.001$), la resistencia a la presión de los amigos ($B=-.01$, $p<.001$), la historia de consumo del padre ($B=.00$, $p=.004$).

En conclusión, se presenta el Modelo Final que complementa el primer objetivo general de la investigación que señala Determinar la capacidad explicativa del Modelo de Promoción de la salud para el no consumo de alcohol en niños de 5° y 6° año de primaria y los adolescentes de 1°, 2° y 3ero de secundaria.

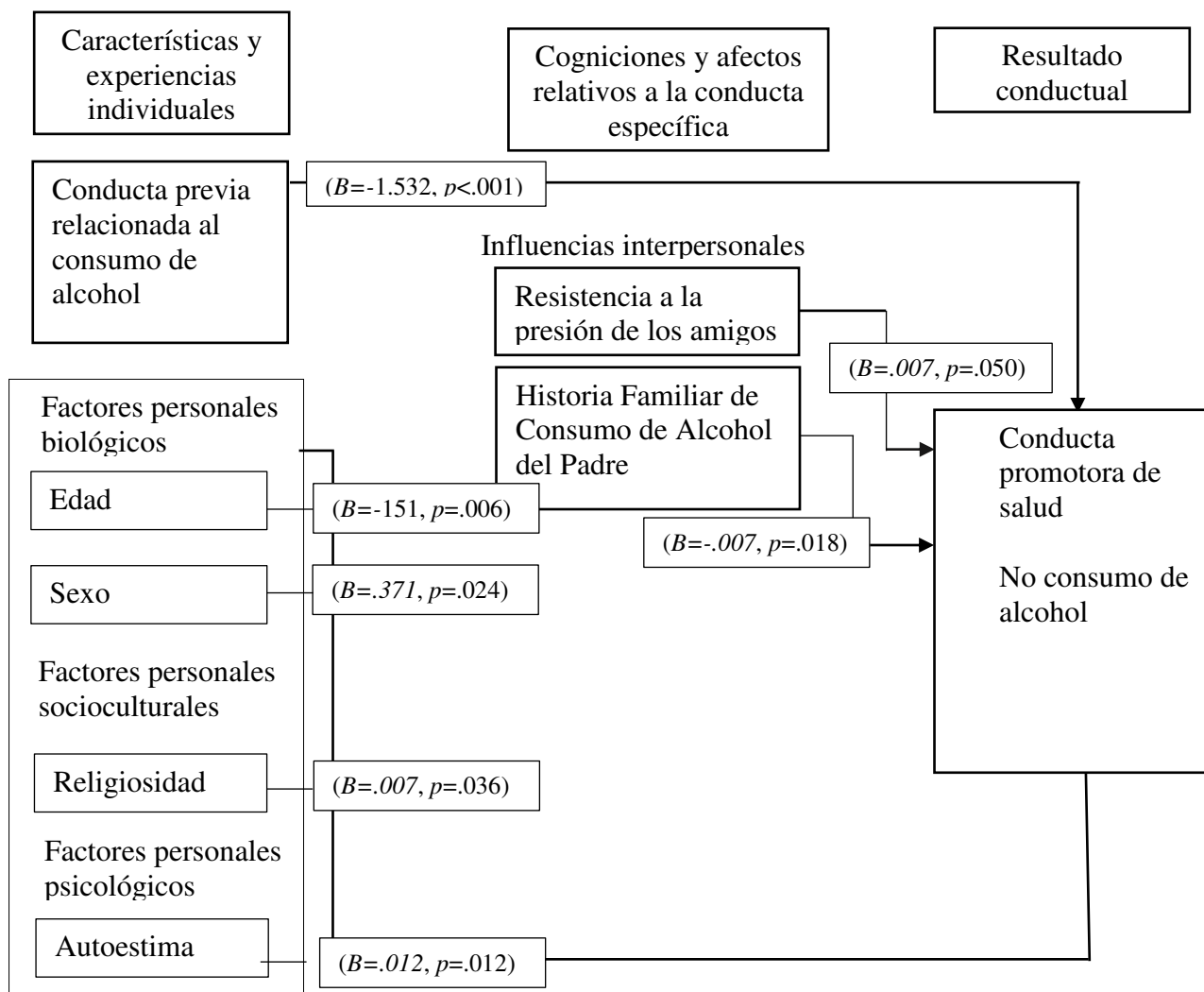


Figura 22. Modelo de Promoción de la Salud para el no Consumo de Alcohol

Hallazgos Adicionales

En la tabla 41 se muestran las correlaciones de las variables del estudio en los consumidores de alcohol en el último año a través del AUDIT. Se encontró una relación negativa y significativa del autoestima y el consumo de alcohol ($rs = -.154$, $p = .006$), la autoeficacia ($rs = -.441$, $p < .001$) y la resistencia a la presión de pares ($rs = -.433$, $p < .001$) con el consumo de alcohol; lo que significa que a mayor autoestima, autoeficacia y resistencia a la presión de pares, se presenta menor consumo de esta sustancia. Se destacan relaciones positivas y significativas de la historia familiar del padre ($rs = .164$, $p = .004$) y la historia familiar de la madre ($rs = .188$, $p < .001$), lo que significa que a mayor consumo del padre y de la madre, se presenta mayor consumo de alcohol en los hijos. Además existe una relación positiva de la edad con el consumo de alcohol ($rs = .142$, $p = .012$) lo que significa que a mayor edad mayor es el consumo de alcohol.

Tabla 41

Coeficiente de Correlación de Spearman de las variables del estudio en los consumidores de alcohol en el último año

| Variable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|------------------|------------------|---|
| 1.Edad (años cumplidos) | 1 | | | | | | | | | |
| 2.Años de escolaridad | .947** (.001) | | | | | | | | | |
| 3. Religiosidad | -.163** (.004) | -.140* (.013) | 1 | | | | | | | |
| 4. Autoestima | -.133* (.018) | -.121* (.032) | .115* (.042) | 1 | | | | | | |
| 5. Autoeficacia | -.202** (.001) | -.169** (.003) | .145* (.010) | .178** (.002) | 1 | | | | | |
| 6. Resistencia a la Presión de Pares | -.293** (.001) | -.242** (.001) | .064 (.259) | .115* (.041) | .480** (.001) | 1 | | | | |
| 7. Barrio | -.195** (.001) | -.219 (.001) | .183** (.001) | .245** (.001) | .048 (.394) | .134* (.018) | 1 | | | |
| 8. Historia Familiar de Padre | .006 (.918) | -.012 (.837) | -.093 (.105) | -.020 (.730) | -.177** (.002) | -.096 (.096) | -.051 (.379) | 1 | | |
| 9. Historia Familiar de Madre | .136* (.017) | .111 (.050) | -.062 (.278) | -.057 (.313) | -.130** (.022) | -.075 (.186) | .029 (.605) | .349** (.001) | 1 | |
| 10. Consumo de Alcohol | .142* (.012) | .096 (.088) | .029 (.604) | -.154** (.006) | -.441** (.001) | -.433** (.001) | -.023 (.686) | .164** (.004) | .188** (.001) | 1 |

Nota : (Valor de p) ** $p < .001$, * $p < .05$, n_a = consumidores

$n_a = 313$

Resultados de la Aproximación Cualitativa

Los resultados cualitativos se desarrollaron a partir del objetivo que menciona: Identificar las estrategias específicas utilizadas que influyen en el compromiso con el plan de acción para el no consumo de alcohol en los niños de 5° y 6° año de primaria y de los adolescentes de 1ero. 2do. y 3er año de secundaria a través de la Teoría Fundamentada.

El Compromiso con el Plan de Acción se refiere a los procesos cognoscitivos e identificación de estrategias que impulsan al individuo a una acción específica, las cuales afectan directamente la probabilidad de aparición de la conducta de salud y moderan los efectos del compromiso.

La fuente de recolección de datos fue a través de los grupos focales, donde se identificaron las estrategias específicas que los niños y adolescentes usaron para el compromiso con el plan de acción y mantenerse en la conducta de no consumo de alcohol.

Resultados. En relación a las características sociodemográficas de los participantes se tuvo que el 58.9% pertenecieron al sexo masculino y el 41.1% al femenino, en relación a la edad, el rango fue de 9 a 16 años, con un promedio de 11.5 años y una $DE= 1.64$. Se obtuvo un total de 14 categorías las cuales se presentan a continuación (Figura 18).

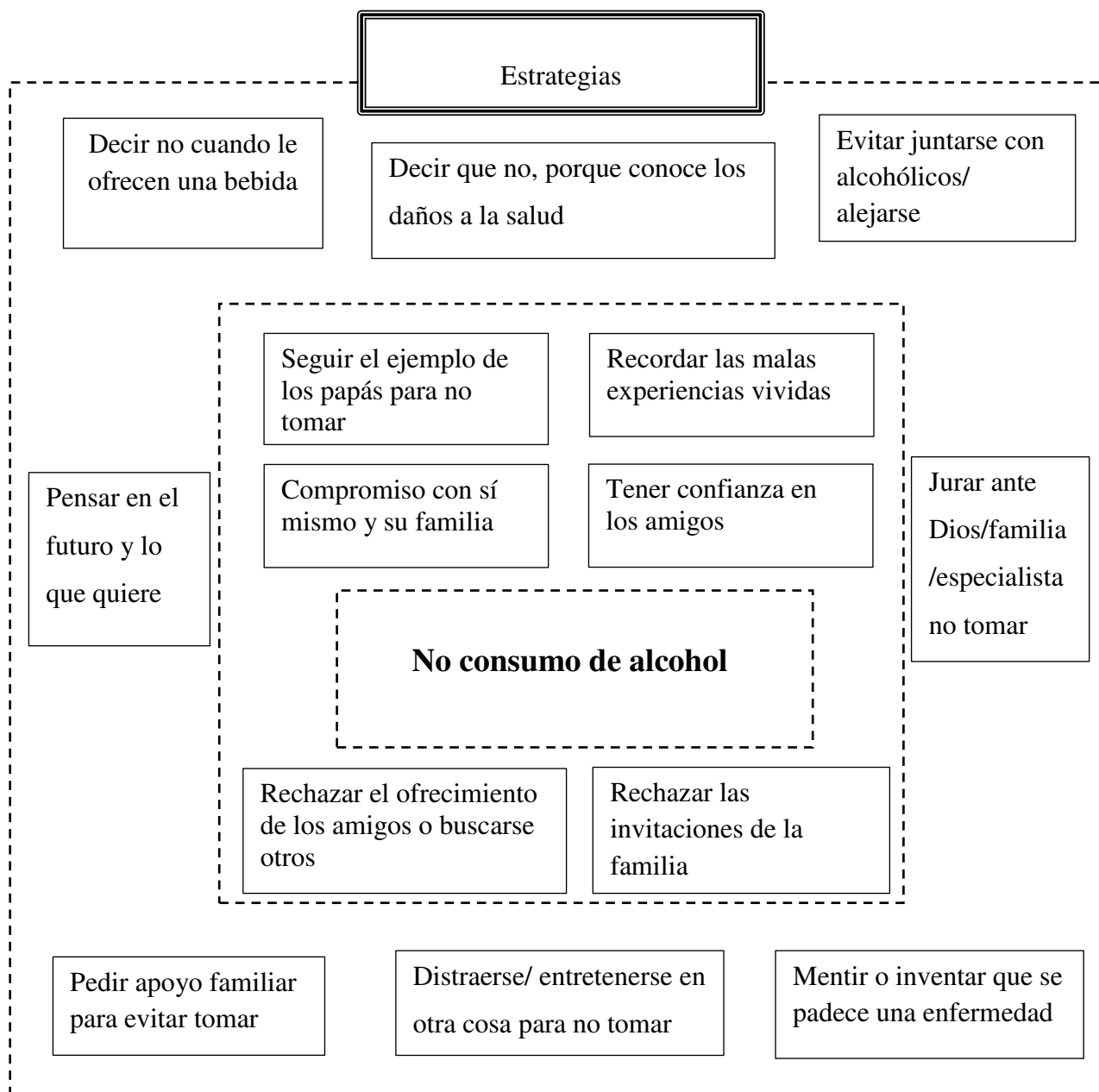


Figura 23. Estrategias usadas por los niños y adolescentes en el compromiso con el plan de acción para el no consumo de alcohol.

Cada una de las categorías obtenidas se describen a continuación, a partir de los hallazgos emanados en los discursos de los niños y adolescentes.

“Decir que no”

Decir no cuando le ofrecen una bebida. Una de las temáticas para poder preservar el compromiso de no consumo se enfocó en decir que no al ofrecimiento de cualquier tipo de bebida, lo cual les puede servir para mantenerse alejados del consumo y conservar la conducta promotora de salud, ellos mencionan que: G1. P6. *Decir que no cuando te ofrecen una bebida.* G1.P8. *Diciendo no gracias.* G1.P14. *Decir que no, que no quieres ...*G1. P1. *Negándote.*

“No juntarme con alcohólicos”

Evitar juntarse con alcohólicos/alejarse. Otra estrategia específica que usaron los niños y adolescentes consistió en tratar de alejarse, ignorar, evitar juntarse o acercarse a las personas que consumen bebidas alcohólicas y que les realizan ofrecimientos para evitar caer en el consumo, lo que ellos dijeron fue: G3.P2. *No ver a personas que toman porque luego tú vas a decir...tú luego dices... a ver voy a probar un trago, lo pruebas, te sabe rico y sigues tomando y así es como vas creciendo y más te vas aferrando al vicio de la cerveza y cosas que te pueden hacer daño...* G3.P1. *Si veo a alguien tomando prefiero no verlos o irme a otro lugar.* G3.P6. *Eeeh...evito juntarme con personas alcohólicas y...a nosotros nos afecta ver personas alcohólicas tomando como nosotros jóvenes, porque... porque somos niños y ellos ya son jo...grandes y nos... y ellos nos inducen a tomar alcohol.* G3.P8. *Aaah...las estrategias que hago, es no juntarme con alcohólicos porque...y no agarrar cosas que te dicen que saben buenas porque debes de pensar primero, tomar decisiones buenas, si es que lo tomas puedes hacer el vicio y también no ver a las personas que toman porque desde ahí empiezas a ver que a lo mejor sabe bueno, y vas a ir a la tienda, compras una, pero al final ... ya te vuelves alcohólico.* G3.P8. *No debes acercarte a las personas que lo beban porque al fin y al cabo vas a beber.*G3.P5. *Puedes soportarlo por muchas razones, la primera no juntarte con alcohólicos, segunda también porque tienes la fuerza y destreza para soportarlo y la última es que también puedes seguir tu gran camino sin alcohol, no importa que estés*

deprimido, siempre vas a poder lograrlo y no hace falta el alcohol. G3.P6. Evitar estar con personas alcohólicas y drogadictas que no pueden olvidar el alcohol... no juntarme con ellos...no ser su amigo y no juntarme con ellos jamás.

“Le digo que no a mi tío”

Rechazar las invitaciones de la familia. Otro grupo de declaraciones son aquellas que mencionan los niños y adolescentes relacionadas con el rechazo a las invitaciones de los miembros de su familia, como sus propios padres o algún otro integrante de la familia y que a pesar de tenerlos como modelos, ellos pueden mantenerse en esta conducta de no consumo, las afirmaciones son las siguientes: *G1.P2. A veces mi tío cuando voy a su casa me dice que si no quiero y le digo que no y me agarra y me mete la botella... porque me dice: ¡Tómatela!; le digo sí, pero mejor me voy a otro lugar y la tiro y me dice ¡Ah bueno!. G1.P11. A mí una vez me invitaron una copa, era de vodka... más o menos estaba cargada y pues mi tío me empezó a exigir mucho y yo no le hice caso y ya después me fui a jugar fútbol aunque me siguió llamando... me dijo que era niña y así, pero yo no le hice caso y entonces me fui... me sentí mal, bueno... me sentí enojado. G3.P2. No... no te juntes con personas que toman como tus papás o tus amigos o no veas como lo beben porque si no es... te vas a acostumbrar desde chiquito a grande para...para seguir bebiendo el alcohol.*

“No tomar igual que tus amigos”

Rechazar el ofrecimiento de los amigos o buscarse otros. Otra estrategia que emergió en los discursos de los niños y adolescentes fue evitar a sus iguales, negándose a sus ofrecimientos e incluso aguantar las burlas o malos consejos por parte de ellos, tratando de mantener un vínculo positivo con ellos o por el contrario alejarse o romper su amistad y buscar a otros amigos para evitar caer en el consumo de alcohol; lo que expusieron fue lo siguiente: *G9. P6. No necesariamente tienes que separarte de los amigos que toman, si no que ahí es tu decisión si tú quieres tomar con ellos pues es tu decisión, pero si no quieres tomar con ellos pues es mejor ¿no?, no tomar con ellos pero*

que sean tus amigos. G9.P12. Pues no es a fuerza, buscas otros amigos y sino, estar con la amistad que tienes pero no tomar igual que ellos. G9.P10. Conseguir nuevos amigos e ir adelante en tu vida. G3.P8. Ah... lo que...el compromiso que tengo que hacer es no hacer...no juntarme... ni agarrar las cosas que piden, que quieren mis amigos...o sea mis amigos quieren que tome algo que les sabe a ellos bueno pero a mí no porque...o si no, a mí me va a hacer mal y en vez de que a mí me haga mal, a mí me van a echar la culpa. G5.P10. Si son muy mejores amigos, seguiría siendo su amiga pero...este...alejándome del alcohol. Platicaría con ellos y yo iría a partes donde yo quisiera pero sin tomar y si ellos quisieran tomar pues que tomen pero yo seguiría siendo su amiga pero no seguiría su ejemplo de ellos. G5.P2. No escuchar a nuestros compañeros y no hacerles caso porque si...porque si ellos toman y me dicen que si no tomo soy bebé, una niña, pero y... luego ahí ponen bulling pero este...es tratar mejor de no hacer caso, evitar problemas. G6.P1. Decirles la verdad... como de que voy a seguir siendo tu amiga pero no voy a tomar cuando tú me insistas. G10.P3. Ahí vendría lo de ser autónomo... cuando eres autónomo tú te puedes retirar y tienes que pensar si va a tener consecuencias tomar alcohol hasta embriagarte y qué va a pasar si no tomas... ahí dependería de cada quién. Nadie decide por ti, tú solo lo vas a decidir si vas a tomar o no... ellos nomás te están sirviendo... el vaso con el alcohol es como una pregunta ¿Vas a tomar o no? Y ya depende si quieres. G9.P13. Salirme de ahí porque, pues ellos no son amigos, como unos te aconsejan que no tomes esos son los verdaderos amigos... los que te obligan a tomar no son amigos. G1.P12. Yo una vez me ofrecieron un vaso (mis amigos), pero yo les dije que no, porque les dije que tenía que estudiar y me dijo que estudiara un poco en la noche y dije que no... que tenía que estudiar para el examen y entonces me fui y ya y él me dijo que para la otra ya no me iba a ofrecer pero que ya no le hablara.

“Seguir el ejemplo de nuestros padres”

Seguir el ejemplo de los papás para no tomar. Los discursos de los niños y adolescentes en relación con otra temática tiene que ver con imitar o seguir el ejemplo de sus padres en la conducta de no consumo de alcohol, basar su conducta en mantenerse en el rechazo a pesar de que los demás familiares insistan o sólo uno de los padres sea quien no consuma; lo expresaron así: *G1.P11. No....porque se enojan nuestros papás. G.1 P3. Seguir el ejemplo de nuestros padres, que si ellos no toman pues pensamos que está bien y seguimos los ejemplos. G1. P6. En mi familia, mis papás tratan de no tomar, pero mis tíos insisten para que tome, ellos toman mucho, pero hay veces que mi primo el más mayor me ofrece una bebida cuando ya está tomado y le digo que no porque mi mamá me ha dicho que tomar es malo. G1.P2 En mi familia todos toman...mi mamá es la única (que no) y a mí no me gustaría seguir el ejemplo de mi papá sino que de mi mamá... a ella le ofrecen una botella, pero no...dice que no, no le gusta, entonces a mí no me gustaría seguir el ejemplo de mi papá sino de mi mamá... pues mi mamá no toma, nos corrige y como mi papá pues toma y no nos corrige, nos corrige, pero nos pega... pero mi mamá no, nada más nos habla pero no nos pega. G7.P1. Tomar los consejos de tus padres para no caer en el vicio.*

“Pedir consejos a los adultos”

Pedir apoyo familiar para evitar tomar. Dentro de los discursos expresados por los niños y adolescentes se refirieron a solicitar el apoyo de la familia o estar recibiendo ya el apoyo de ésta para mantenerse o prevenir el consumo, lo exteriorizaron así: *G1.P6. Estar con mi familia y pedir su apoyo, que no debo de tomar, pero hay personas, como primos o mis familiares que me dicen que no es malo tomar, que puede ser como un gusto pero yo no lo quiero porque todos mis familiares los mayores que tomaron desde pequeños me han dicho que los llevaron por muchas cosas malas, que de una adicción que no tenían los llevaron al cigarro y ahora los van a internar y por eso mi tío a veces... cuando mis tíos escuchan que mis primos me ofrecen los regañan y hay veces*

que los han llevado hasta los golpes... porque pues no quieren que tome o hay veces que por el alcohol llegan a la violencia. G4.P2. Bueno yo digo...opino que nuestros compañeros, amigos y familiares, previenen el consumo de alcohol porque saben las consecuencias que se pueden obtener en un futuro o en el presente. G9.P7. Pues necesariamente yo hablo con mis padres para evitar eso. G2. P4. Yo creo que los amigos son fundamentales para no consumir el alcohol o saber eeeeh...evitar el consumo de alcohol y también creo que sería...buena parte de ellos porque... el ayuda de que te digan que no, que no tomes porque te pueden causar algunas enfermedades o incluso hasta la muerte. G2.P7. Pues sería pedir consejos a los adultos porque los adultos nos pueden dar...mmm...como digo...ideas, por ejemplo: hay muchos que ya sufrieron de enfermedades por causa del alcohol y así... y yo puedo hacer conciencia de eso para razonar si quiero o no quiero beber alcohol.

“Distraerte con algo”

Distraerse/ entretenerse en otra cosa para no tomar. Otro grupo de afirmaciones señaladas por los niños y adolescentes se enfocó en la realización de actividades deportivas, culturales, de ocio y entretenimiento para evitar consumir alcohol, lo exteriorizaron así: *G1.P9. Distraerte con cualquier cosa, por ejemplo, ir de vacaciones.... salir con tu familia y estudiar... relajarse... viendo paisajes o escuchando música. Ver una película... o me meto a mi casa, me meto a mi cuarto y me pongo a ver videos. G1.P4. Viendo la tele... como dibujar, hacer como pintar y así... distrayéndote un rato, saliéndote pero evitar tomar alcohol. G1.P1. Distraerte con algo, como creativities o manualidades, con algunas clases como de música que es lo más relajante que pueden hacer, ir de vacaciones, ah...salir de vez en cuando al parque, a ver una película, a algunos lugares donde puedas distraerte, que todo lo que tienes en la ciudad. G1.P8. Escuchar música, películas y otras cosas... jugando. G1.P14. Relajándose...hacer cosas divertidas para olvidar el alcohol... como jugar con tus amigos, ir al cine o comprar cosas. G1.P11 y G1.P12. Leyendo un libro. G6.P8. Hacer*

ejercicio y tomar mucha agua. G2.P3. y G2. P6. Mmm...pues sería entretenerme bailando o haciendo otras cosas, porque como dicen, no precisamente me tengo que divertir o hacer algo tomando alcohol, puedo...eh...platicar, bailar o así...cualquier cosa. G7.P6. Pues yo me aguanto las ganas si quiero tomar alcohol pues no lo hago, pues me gasto mi dinero en cosas como un juego, un gansito, una coca, pero menos alcohol, así ya no tengo dinero y no me compro alcohol.

“Hacerme el enfermo”

Mentir o inventar que se padece una enfermedad. Una estrategia que se reflejó en los discursos fue la de mentir o inventar que se padece una enfermedad para que sirviera como justificante y evitar la insistencia de las personas para que consuman alcohol, también mentir diciendo que se tienen que hacer otras actividades, lo expusieron así:

G1.P10. Que estoy enferma y no puedo tomar alcohol. G5.P7. Que no tomo porque este...mejor quiero tomar refresco, porque me gusta más el refresco que la cerveza... o en ese tiempo no puedo tomar cerveza porque estoy enfermo. G5.P10. Yo inventaría que estoy enfermo por tomar tanto alcohol... les inventaría para que así me dejaran de insistir. G5.P5. Hacerme el enfermo, diciendo que tomo medicamento por ejemplo... y si es noche llego muy tapado. G5.P4. Decir que me hace daño, que estoy enferma y que pues que me puede causar una grave enfermedad. G5.P3. Si me dicen que si quiero una les puedo decir que no porque estoy tomando refresco... y estoy enferma de tomar alcohol. G10.P3. Pues... he notado que cuando las personas toman una noche, al otro día tienen dolor de cabeza o algunos síntomas inagradables, entonces eh...lo que yo hago es rechazarlo fingiendo que lo hice una noche antes, que en verdad ya no tengo ganas porque me siento mal y pues no quisiera volver a tener esos síntomas. De alguna manera rechazarlo y poniendo algún pretexto como ya mencionaba yo antes... pueden ser distintos, no necesariamente deben ser ¡ah! ya me duele la cabeza, puede ser estoy enfermo o no puedo tomar o este...tengo que conducir ahora, así pretextos, bueno no son pretextos... son salidas que tienes para no hacer lo que no quieres y que tienes

miedo que te rechacen por no seguir lo de ellos. G1.P11. Eh... pues si estas en un lugar eh...decirles que se tomen algo, pero decirles que no puedo tomar porque tengo que manejar... (pero no les diría que no se manejar). G6.P9. Les digo que ahorita y nada más los engaño y no voy. G5.P11. Yo les diría (a mis amigos) que estoy tomando refresco.... (niega con la cabeza como rectificando) les diría que estoy tomando cerveza pero es refresco. G1.P10. Decirles que tengo examen y que no puedo salir, o les digo que voy a salir de vacaciones.

“Es malo porque te daña”

Decir que no porque conoce los daños a la salud. Los niños y adolescentes manifestaron otra temática relacionada con la negativa de consumir alcohol al saber que éste les puede provocar daños a su salud, los discursos fueron: *G3.P3 Puedo lastimarme mis órganos y mi cerebro. G4.P11. Yo pienso que es malo el alcohol porque...te...puede causar una enfermedad o algo malo para la salud. G4.P12. Bueno pues yo pienso del alcohol que para los hombres es malo porque te daña...mmm...te hace cáncer en los pulmones, en los riñones y aparte hace...aparte puedes dañar a tus papás, abuelos o hijos. G4.P7. Pues yo no tomo por ciertas razones... ya que el alcohol nos hace daño en nuestro cuerpo y podemos dañar a otras personas. G4.P12. A pues en primera sería no caer en la tentación aunque lo vea...aunque lo vea y se me antoje, no tomarlo, porque sé que hace daño hacia mi cuerpo y a mí mismo. G4.P6. Para tratar de no tomar alcohol, pues no pienso en él ya que las sustancias que contienen son dañinas para mi salud y es como si estuvieras tomando veneno. G9.P7. Para evitar que tu organismo digestivo no esté en mal funcionamiento, al igual que tus riñones... Si veo que es malo tomar porque a temprana edad me puede enfermar de alguna enfermedad del riñón y a temprana edad tendría una muerte muy cruel. G11.P5. Porque tomar alcohol es algo difícil para tu digestión o tu organismo, te puede hacer muchos daños... como...la vesícula te la puede picar.*

“Jurar y jurar”

Jurar ante Dios/familia/especialista no tomar. Una estrategia para no consumir alcohol y que refirieron los niños y adolescentes estuvo relacionada con la religión ya que mencionaron que ir a jurar ante Dios, la Virgen o un sacerdote hace que éstos eviten adoptar esa conducta; asimismo jurarle a su familia o a un especialista que no van a tomar también evita el consumo, su opinión fue: *G1.P10. Ir con el sacerdote y jurar que... que no vas a tomar durante 6 años. G1.P11. Ir con el padre y decir que no voy a tomar en toda mi vida. G1. P12. y G1. P10. Mmm...ir a un templo y decir que no voy a tomar. G1.P3. Hacer un juramento en donde no tome en toda mi vida... jurar con un juez. G1. P6. Jurar y jurar...con un experto en lo que hace daño el alcohol, con el padre y con mi familia para, para no tomar y que...que hago una meta donde no tengo...no voy a tomar durante todo el tiempo. G4.P7. Prometer no sé... a familiares o a amigos que no vas a hacerlo por tu propio bien. G5.P4. Pues hacer ahora si las promesas con la virgen, con Dios. G6.P9. Jurar por algo que quiero mucho. G9.P6. Comprometerme con Dios a no tomar alcohol.*

“Darle un ejemplo a tu familia”

Pensar en el futuro y lo que quiere. Pensar en lo que quieren realizar cuando sean mayores, o ponerse como ejemplo de sus hijos, fue otra temática que surgió como estrategias que realizan los niños y adolescentes para mantener el compromiso de no consumo de alcohol, lo expresaron así: *G1.P12. Preocuparme por encontrar un trabajo, en vez de estar tomando cada día. G1.P4. Por ejemplo durante los años trabajaría, trabajaría y hacer otras cosas y ya no tomaría... eso sería malo para la vida, te puedes morir y si estamos ebrios y tenemos un coche y vamos para nuestra casa podemos tener un accidente y nos podemos llegar a morir. G1.P7. Preocuparme por un trabajo, un hogar, una familia, en lugar....y dejar de preocuparme por tomar. G2.P7. Pues principalmente si yo decido tener una familia, pues pensar en mi familia, por qué... porque si yo voy a hacer el que va a mantener a la familia entonces yo tengo que*

cumplir conmigo, o sea yo no quiero consumir alcohol...por ejemplo...mmm...yo tengo hijos, tengo unos hijos pequeños, bebés y después yo me meto a...al vicio del alcohol, entonces lo único que voy a ocasionar es mi muerte e incluso puedo dejar a mis hijos huérfanos o con mi esposa, pero...lo único que va a ocasionar es que mis hijos no tengan una figura paterna... bueno tal vez materna sí y paterna porque mi esposa la haría como de padre, pero no serían felices, por qué... porque va a faltar una felicidad de la casa. G3.P1. Yo cuando ya esté grande voy a esforzarme en mi trabajo y hacer las cosas que debo hacer como trabajar, este...hacer mis cumplidos, o sea, las cosas que debo hacer en el trabajo G3.P8 Mientras que pasan los años vas creciendo y la ansiedad de tomar se te va aumentando, entonces lo que debes de hacer es no irte a lugares como a...a tabernas donde vendan alcohol o a fábricas, no tienes que trabajar siquiera cuando...donde hacen el alcohol porque puede...puedes hacerte adicto.

G4.P14. Bueno pues yo pienso que, al tomar alcohol, aparte de que dañas tu cuerpo, haces...pues tus familiares también tienen algo que ver en esto, porque aparte de que tomas y tú te dañas también pasas a dañar a tus hijos o a tu esposo si es que tienes.

G4.P8. Es importante darle un ejemplo a tu familia, como los padres a sus hijos, darles ejemplo de ya no tomar, no inducirlos a...a...eh...la bebida alcohólica. G4.P3. No comprarlo ni consumirlo porque dañaría a mis hijos o a mi familia y no querría que todos me vieran así. G6.P4. Pues yo me comprometería a estudiar el bachiller, la secundaria, hasta hacer carrera. G9.P14. Bueno un compromiso sería este...si tú estás casado, tienes hijos, el compromiso sería tus hijos... si tu tomas mucho tus hijos ven todo lo que estás haciendo y se sigue una cadena; si toma el papá, toma el hijo, si toma el hijo, toma su hijo y también les estás haciendo mucho daño porque cuando tú llegas tomado empiezas a hacer muchas tonterías no sabes ni que estás haciendo y tus hijos ven todo eso... pero ellos para no volver a seguir esa cadena tienen que comprometerse a que si ellos tuvieron una vida muy fea al lado de un padre alcohólico, ellos se tienen que comprometer a no ser alcohólicos, cuidar a sus hijos... mantenerlos. G9.P11. Pues

no tomar ni nada de eso porque si no, voy a enseñarles a que se siga la cadena de tomar y tomar y tomar y así nunca se va a parar. G2.P10. Bueno eh...pues en un futuro ah...no creo que alguien que ahora si de joven no quiso tomar e igual de grande no quiere, bueno en un futuro si es que llego a tener una familia e hijos al tomar, no sé, los hijos...haga de cuenta estoy borracho y voy por ellos a la escuela o voy por ellos no sé a algún lugar y estén con otras personas, los hijos se van a sentir avergonzados de mí y van...y se van a empezar a sentir mal de mí y pueden... podemos causarles grandes daños en su vida, al crecer van a tener en su conciencia que su padre fue un alcohólico y que nunca estuvo con ellos o que nunca tuvieron momentos felices... mmm...y pues el alcohol ahora sí que destruye muchas familias, si es que se vuelve adicto.

“Problemas que hemos tenido en el pasado”

Recordar las malas experiencias vividas. Las malas experiencias vividas en su familia o con seres queridos o conocidos y el mal recuerdo que tienen de ello, fueron otra estrategia referida por los niños y adolescentes para evitar el consumo y que manifestaron así: *G11.P9. Pues en el caso mío cuando yo empecé... mis primos me enseñaron mucho que daños hacía, las consecuencias, qué podía pasar, la verdad yo me quede ¿Como por qué?... Ya después empezaron los problemas algunos con mis tíos y con eso se me quedó mucho el recuerdo... yo cuando veo a mis tíos que toman demasiado lo único que me dan ganas es de agarrar la botella y aventarla porque me han enseñado muchas cosas... a mí...es la estrategia que yo hago, recordar...recordar lo que puede pasar o las consecuencias que me podrían pasar a mí o las personas que yo quiero por estar tomando demasiado.*

G11.P6. Pues yo diría que enseñarte que... qué consecuencias podría tener o ver a tu familia, ver lo que ha pasado con tu familia por culpa del alcohol o por problemas que hemos tenido en el pasado, ver el pasado para construir tu propio presente...ese mismo alcohol te puede convertir en un adicto o te puede llevar a la muerte, ya que en algunos casos podrías llegar a hacer cosas que ni tú mismo quisieras... hay un dicho

que a mí más o menos me consta, que es algo chistoso y a la vez algo poco malo que dice: “Cuando el diablo reza engañar quiere”... y si es cierto que cuando tú...cuando alguien te dice cosas que tu podrías creerte, pero tienes que reflexionarlo varias veces para saber si es verdad o no...también tienes que llevarte tu propia opinión, tus propias opciones o tu propia personalidad. Son cosas que yo voy reflexionando de poco en poco... por ejemplo yo con mi ex novia por accidente ese día y me acuerdo todavía... eso sé que nunca se me va a olvidar porque es algo que me pasó y la verdad me pone un poco triste ahorita que estamos tocando este tema... que yo por accidente tomé mi celular y no tenía muy bien... y yo le dije muchas cosas que la dañaron y pues me...bueno... al siguiente día ver en mi celular, sentir eso... es como si me aplastaran mi propio corazón, saber que por culpa del alcohol, las consecuencias que tuvo fueron muy graves y pues en parte llevarte ese recuerdo en la memoria es algo que te queda muy...cada vez que yo oía una botella me llega ese recuerdo y pues te pone muy triste.

G10.P4. Tienes que hacer el compromiso de tomar alcohol pero con una medida, no excederte hasta que te embriagues...porque si te embriagas puede haber peleas... es como en una baile que fuimos y un señor se embriagó y llevaba una pistola y empezó a disparar al aire y lo metieron a la cárcel y en sí el señor no tomaba alcohol.

“Pensar responsablemente”

Compromiso con sí mismo y su familia. Algunas estrategias que también realizan los niños y adolescentes para evitar el consumo es el compromiso que adquieren con ellos mismos y demostrarse a sí mismos o a su familia, que pueden evitarlo y que se puedan sentir orgullosos de sus acciones, lo enunciaron así: *G4.P3. Luchar fuerte para no consumir... No caer en la tentación. G8.P4. Tú...es tu decisión, si vas a arruinar tu vida es única decisión tuya, no es de nadie. G8.P7. A pues...primero hay que prometerlo con nosotros mismos... ya que nosotros tenemos la mentalidad y la consciencia para reflexionar sobre los daños que nos ocasiona el alcohol y pues de procurar de no hacerlo. G4.P10. Pues yo primero me comprometería a mí mismo a no volver a tomar*

alcohol. G4.P4. Pues yo primero evitaría meterme en la cabeza... pues imaginar que no existe el alcohol... hacer una promesa hacia mí mismo y hacia mi familia. G4.P2. Saber controlar el consumo de alcohol y el compromiso cumplirlo para evitar el consumo del alcohol. G4.P12. Yo me comprometo a...a no dañarme a mí, a no...a conocer las consecuencias, a tener responsabilidad a la hora de pensarlo, este...y pues pensar responsablemente y maduramente eh...tomaría una decisión que sea mmm...pues que sea...que me ayude a mí para no dañarme. G6.P2. Mmm...pues a...a seguir siendo sano para que no me vaya a pasar nada malo y mi familia no esté triste. G6.P4. Hacerlo por la familia, para que se sientan orgullosos de nosotros. G2. P5. Ah bueno, pues...los compromisos que siempre hago cuando voy a una fiesta, aunque suene así como hijo de mami pero pues mi mamá siempre me compr...hace que me comprometa a no tomar alcohol porque como ella me pasa a traer, sabe cómo estoy o si tomé así que yo siempre me comprometo a no tomar alcohol para no fallarle a mi mamá... Me comprometí con mi mamá, porque sé que mi mamá es una...bueno es la persona más importante para mí, pues...fallarle es algo muy, muy...o sea no... no o sea, para conmigo no me gusta fallarle a mi mamá y pues por eso me comprometo, porque si sé que si me comprometo con mi mamá, sé que lo haré porque pienso...en...en lo que mi mamá pensaría de mí o en las consecuencias que tendría. G2. P7. Pues sería comprometerme con...bueno...a cuidar mi cuerpo porque eh...en lo espe....en lo que específicamente vas a...cuidar, en lo que te vas a comprometer es hacia ti, tú quieres cuidar tu cuerpo, tu salud, porque... porque puede haber familiares que a lo mejor te quieren mucho y pues por causa del alcohol te puedes morir y lo único que vas a hacer es devastar a ellos, hacerlos que se sientan tristes, por tal razón, porque yo según me comprometí con ellos a no beber sin embargo lo hice, cumplí, bueno ya no cumplí la promesa y pues es algo per...bueno, incluso te perjudica a ti y perjudica a las demás personas, no solo es comprometerme con algo si no también cumplirlo. G2. P4. Bueno eeeh...el compromiso tanto en parte no sería con mi mamá o mi padre, por qué... porque el compromiso es conmigo ya que yo

sé cuáles son las acciones que pueden ocasionar y eeehh... incluso yo sé lo que hago, lo que puedo hacer, en lo que no puedo...en lo que no puedo detenerme a realizar.

“Los amigos siempre te van a apoyar”

Tener confianza en los amigos. Poder decir a los amigos que no quieren tomar y convivir con ellos buscando actividades comunes, pero que no estén relacionadas con el consumo de alcohol, es otra de las estrategias que declararon realizar los estudiantes de primaria y secundaria, lo que dijeron así: G2. P10. *Bueno ahora sí que si estás en un lugar donde hay alcohol y pues si estás con las personas de confianza o con amigos, les podrías insistir diciéndoles que no quieres tomar alcohol por...por razones personales o...algo así... y pues si las personas, ahora sí que lo quieren y lo comprenden pues te van a decir: no pues no quieres alcohol no te vamos a seguir insistiendo; pero si te insisten te vas a molestar y te vas a salir o ya no les vas a volver a hablar.*

G2. P5. *Bueno se supone que si son mis amigos ellos me tienen que aceptar aunque no tome o si tomo, así que me voy a sentir integrado al saber que ellos se....están conmigo sabiendo que yo no tomo alcohol, o sea que puedo estar con ellos sin preocuparme de no tomar.* G2. P7. *Bueno pues los amigos siempre te van a apoyar en alguna... bueno en algún caso siempre te van a apoyar, entonces si tú no quieres beber alcohol no tienen por qué obligarte, también tú puedes no sé... convivir con ellos tomando por ejemplo refresco o agua... la cosa es que estar platicando ahí como amigos no principalmente bebiendo.* G7.P3. *Por ejemplo un amigo llega y te dice: “Oye vamos a tomar”... luego no sé qué... entonces no te dejas llevar por las palabras que te dice el otro, por ejemplo: “Ah si no quieres tomar eres niña o no sé qué” y pues lo que pienso es tener fuerza de voluntad para...para no dejarse llevar por los comentarios de los otros.* G7.P5. *A pesar de que no tomemos alcohol, pues hay otras cosas que nos unen (a los amigos) como...la amistad, los deportes... y varias cosas que podemos tener en común las personas.* G8.P8. *Si quieres acercarte como a un tipo de círculo social donde los demás beban y tú no lo quieras hacer... pues técnicamente si ellos no quieren que...si ellos te*

quieren hacer beber, tú no tienes que hacerlo a fuerza, si eso a ti no te gustó pues buscar otras...otros amigos que no sean como ellos. G10.P3. Pues en primera en la manera en que están conviviendo ellos (mis amigos)... están tomando alcohol o están hablando de algún chiste, yo puedo integrarme hablando también de un chiste y no necesariamente tomando. G2. P3. A veces ya sabes porque son...se puede decir que “mala copa” y sabes que te puedes poner mal si lo haces en exceso, por eso. G10.P3. En esta edad no vamos a tener la edad para soportar ir a una fiesta ¿A quién no le gusta ir a una fiesta!, pero pues si ir a convivir... pero no necesariamente con alcohol o así este tipo de sustancias... puedes convivir así de otras maneras, haciendo juegos o sin...ya sabemos que vamos a ser grandes, pueden convivir en chismes hablando de personas así... pero no excluirte nada más cuando lo puedes hacer cuando estás en la situación.

G10.P3. Ahorita no... estamos en la adolescencia y te da curiosidad ¿A ver a qué sabe esto?, como el alcohol te empieza muy rápido, con una o con dos tú te puedes...empiezas a seguir y seguir y ya se te hace costumbre. G9.P7. Tomar en cuenta lo que tienes en común con ellos, no necesariamente tomar, como por ejemplo si a ellos también les gusta el futbol y a ti también te fascina eso, eso es una cosa que nace a ellos, no necesariamente que tomes con ellos. G8.P6. No es que no pensemos en el alcohol o que lo ignoremos... porque el alcohol siempre va a existir, nunca nos vamos a deshacer de ellos, entonces pues lo único que podemos hacer es no consumirlo.

El uso de la metodología cualitativa permitió obtener la expresión directa de las opiniones de los niños y adolescentes alrededor de las estrategias específicas que usan para mantenerse en el compromiso de no consumo de alcohol. A partir del análisis de las respuestas de los niños y adolescentes, se puede observar que en el proceso de mantener la conducta promotora de salud, el contexto particular de su realidad les permite expresar discursos representativos de su compromiso con el plan de acción.

Las estrategias para no consumir están sustentadas en la propia experiencia de los participantes. Entre los discursos identificados se encuentran aquellos que tienen que ver con lo que no es correcto para ellos, por lo tanto al ofrecimiento del consumo de alcohol en cualquier situación, ellos decían “no”. Herring, Bayley & Hurcombe (2012) encontraron la misma estrategia en los jóvenes del Reino Unido quienes en las situaciones de consumo decían un cortés pero firme “no gracias”.

Otro discurso que se destaca es el de evitar acercarse o juntarse con personas que sí consumen para impedir que los induzcan a tomar alcohol.

La importancia del rechazo al ofrecimiento de algunos integrantes de la familia para el no consumo también se hallaron entre los argumentos que los niños y adolescentes subrayaron.

Evitar la conducta imitativa de sus iguales, rechazando el ofrecimiento de sus amigos, negarse a consumir alcohol o alejarse de ellos para no seguir su ejemplo, es otro argumento identificado.

El comportamiento de los padres al servir como modelo de la conducta de los hijos al no consumir alcohol, también fueron discursos que los niños y adolescentes mencionaron entre las estrategias que usan para mantenerse en la conducta de no consumo.

La relación con la familia también se manifestó, al determinar que los lazos de confianza y una comunicación efectiva con ellos, puede conseguir la prevención e intervención de los mismos para evitar el consumo.

La realización de actividades específicas que los niños y adolescentes proponen como tareas deportivas, culturales y de ocio para distraerse como actividades anti consumo de alcohol, también son estrategias indicadas como parte del compromiso con el plan de acción.

Para evitar la persistencia de las personas o conocidos que les hacen invitaciones a consumir, los niños y adolescentes inventan o mienten que padecen una enfermedad, o

que tienen que realizar otras actividades como manejar, para mantenerse en la conducta de no consumo. Esta última estrategia también fue identificada por Herring, Bayley & Hurcombe (2012) entre los jóvenes del Reino Unido para evitar el consumo de alcohol.

Otro discurso que pusieron de manifiesto los niños y adolescentes estuvo relacionado con el conocimiento que tenían acerca de los daños que provoca al organismo el consumo de alcohol; estos argumentos son similares a los encontrados por Flórez y Trujillo (2013), en la categoría salud física y mental, que los adolescentes relacionaron con el daño que se podía generar en su organismo y su salud.

Entre los discursos prevalentes de los niños y adolescentes se encontraron los referentes a jurar de acuerdo a su religión, ante Dios o la Virgen para evitar consumir alcohol; esto coincide con Roehlkepartian, et al., (2006) que menciona que a la edad de 7 a 12 años los niños piensan en Dios como una autoridad, donde la justicia cósmica se traduce en recompensar la bondad y castigar la maldad.

Otra estrategia desarrollada por los niños y adolescentes se inclina a visualizarse en el futuro y pensar en ser modelos para su familia y sobre todo para sus hijos; asimismo en continuar con sus estudios y aprovecharlos. Estas razones de no consumo también fueron expresadas por los adolescentes de Chile (ISUC, 2015) quienes asociaron los riesgos del consumo de alcohol y desaprovechar las oportunidades.

Las malas experiencias vividas por ellos mismos o por sus familiares o amigos, sirven al parecer para regular su conducta de no consumo. Estos discursos coinciden con lo encontrado por la ISUC (2015), quienes mencionan que una razón fuerte de no consumo es el alcoholismo entre su familia o barrio, como experiencia ajena marcadora.

El compromiso consigo mismo o con las personas que lo rodean o que quiere, les ayuda a tomar decisiones para no dañar su organismo con el consumo de alcohol. Estas mismas estrategias son las que encontraron los investigadores de la ISUC (2015), donde los adolescentes declararon que las expectativas de otros como la opinión de los padres o pareja, son un motivo bastante fuerte para el no consumo o no consumo excesivo.

Como medida de apoyo a la conducta de no consumo se tiene a los amigos, en quienes confían para realizar actividades comunes que no impliquen tomar alcohol. Este discurso también es similar a lo expresado por los adolescentes chilenos (ISUC, 2015) quienes dijeron que no se necesita consumir alcohol para pasarlo bien, ni para compartir.

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio permitió aplicar empíricamente un modelo derivado del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (2014), al que se denominó Modelo de no consumo de alcohol en niños de primaria y adolescentes de secundaria. El modelo se aplicó en 1223 niños de 5° y 6° año de primaria y en adolescentes de 1ero. 2do. y 3er año de secundaria de un Municipio Conurbado de la Ciudad de Puebla, con un alto componente indígena y con índices de moderados a altos en pobreza y rezago social.

Las características sociodemográficas de la muestra señalan que la media de edad fue de 11.35 años, más del cincuenta por ciento fueron del sexo femenino; 60.9% de los participantes cursaban la primaria y el 39.1% cursaban la secundaria, esto puede deberse a que existe deserción escolar conforme aumenta el nivel escolar.

Respecto a la ocupación, se encontró que sólo una minoría realizaba actividades remuneradas consistentes en trabajar medio tiempo o unas horas como empleados en panaderías, tiendas o mercados. De acuerdo a otros estudios realizados, la ocupación puede influir en el no consumo, pues el mayor el consumo de alcohol se presenta en aquellos que no estudian ni trabajan (Salazar et al., 2010; Rojas et al., 2013) y de acuerdo a las prevalencias de consumo obtenidas en el presente estudio se concuerda con estos resultados, pues los niños y adolescentes que estudian y algunos trabajan, presentaron en general bajos niveles de consumo; contrario a lo que Acosta et al. (2011) encontró, donde sus resultados reportan que la inactividad es un factor de protección para el consumo.

En relación a la experimentación con el consumo de alcohol el 46% de la muestra nunca había consumido esta sustancia, sin embargo el 54% ha tenido algún tipo de experimentación. De los consumidores, la edad promedio de inicio de consumo fue a los nueve años de edad.

Llama la atención que siete participantes indicaron haber iniciado a los dos años,

esto puede responder a una tradición milenaria de este lugar, donde el pulque es considerado como una bebida cargada de espiritualidad, además de ser la bebida autóctona por excelencia que se usa para celebrar las festividades en cada barrio y que es proporcionada a los niños para que no se pierda la costumbre. Estos datos indican que la edad en la que se inician los niños y adolescentes en el consumo es cada vez menor, esto es relevante dado que las encuestas nacionales y algunas internacionales aplican encuestas a los adolescentes a partir de los doce años, generalmente a alumnos de secundaria, por lo que no se tiene información epidemiológica del consumo a edades menores y en escuelas primarias.

Asimismo, la edad promedio del inicio de consumo de la muestra del estudio no concuerda con el reportado en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco en 2016 ([ENCODAT] INSP, 2017), donde se indica que el promedio de edad de inicio en hombres es de 17.7 y en mujeres de 18.2 y en la presente investigación fue de nueve años.

En relación los alumnos de 5° y 6° año de primaria para el no consumo, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue de 46.5% quienes nunca habían consumido; en el último año no consumieron el 77.7% de los alumnos; en el último mes no consumieron el 91.7% y en los últimos siete días no consumieron el 94.8% de los alumnos.

De acuerdo a los datos obtenidos de los alumnos de secundaria para el no consumo alguna vez en la vida fue de 45.3%; en el último año un 69.3% de los alumnos no consumieron alcohol; en el último mes un 84.3% de los alumnos no habían consumido; en los últimos siete días un 89.6% de los alumnos no habían consumido. Con estos datos se puede inferir que tanto los alumnos de primaria como de secundaria mayoritariamente se han mantenido con nulo o bajo consumo.

Sin embargo, las prevalencias obtenidas en el presente estudio, no concuerdan con los datos referidos por el Sistema de Información Epidemiológica para el Consumo de

Drogas (SIECD) y la ENCODAT, donde la prevalencia de no consumo alguna vez en la vida, para el último año y en el último mes, tanto de los alumnos de primaria como de secundaria, se reportó con porcentajes mayores. Esto pudiera ser debido a que la muestra estudiada pertenece solamente a un Municipio del Estado de Puebla, con características particulares de la región. Lo que cabe destacar es que en este estudio se consideraron niños menores de doce años, lo que significaría que los niños presentan esta conducta a edades muy tempranas.

En relación al primer objetivo que expuso: Determinar la capacidad explicativa del Modelo Promoción de la Salud para el No Consumo de Alcohol en niños de 5º y 6º año de primaria y de los adolescentes de 1ero. 2do. y 3er año de secundaria, a partir del MPS de Nola J. Pender;

En las correlaciones efectuadas en los consumidores de alcohol se encontraron relaciones negativas y significativas entre el autoestima, la autoeficacia y la resistencia a la presión de amigos, lo que significa que a mayor autoestima, autoeficacia y resistencia a la presión de amigos, se presenta menor consumo de alcohol. Esto concuerda con lo que otros autores han señalado, que la alta autoestima disminuye la probabilidad de consumo de alcohol, es decir, los no usuarios de alcohol presentaron mayores niveles de autoestima (Martínez et al., 2008; Álvarez et al., 2010; Kim, 2011; Wu et al., 2014), consistente también con otros autores quienes destacaron que la alta autoestima permitía a los adolescentes ser menos influenciados por sus pares para el consumo (Uba et al., 2013); además concuerda con lo teóricamente propuesto acerca de que los factores personales influyen en las cogniciones y afecto y pueden predecir la conducta de salud (Pender, 2014).

En relación a la autoeficacia se concuerda con otros autores que encontraron que la alta autoeficacia es una variable protectora para el consumo de alcohol (López et al., 2003) y que a mayor autoeficacia mostrada por el niño o adolescente le permiten resistir el consumo de alcohol cuando se le presenta la oportunidad de consumo (Young et al.,

2007; Connor et al., 2011), estos resultados también contribuyen a lo planteado en la teoría acerca de que la autoeficacia determina cómo la gente piensa y se comporta (Pender, 2014). Es decir si se considera este concepto se podrá conocer previamente la capacidad que tienen los escolares para protegerse de las conductas de riesgo como el consumo de drogas.

En lo correspondiente a la resistencia a la presión de los amigos los hallazgos concuerdan con el planteamiento descrito por los autores como una habilidad que protege al niño o adolescente del consumo al rechazar el ofrecimiento de sus amigos a consumir alcohol cuando no lo desea (Sánchez-Xicotencatl et al., 2013), es decir, los resultados coinciden con lo encontrado por otros autores al encontrar que los no consumidores de alcohol poseen una mayor actitud de resistencia a la presión de grupo (Andrade et al., 2009; Epstein & Botvin, 2008; Epstein et al., 2007).

La primera hipótesis que señaló: La conducta previa, los Factores Personales Biológicos (Sexo, edad), Socioculturales (Escolaridad, ocupación, y religiosidad) y los Psicológicos (Autoestima) tienen efecto en el resultado conductual (no consumo de alcohol), el modelo de regresión logística mostró que las variables experimentación de alcohol, edad y el índice de religiosidad son las variables que más aportaron al modelo.

Estos resultados aportan al constructo que menciona que los factores personales tienen efecto en el resultado conductual (Pender, 2014). En relación a la edad, se coincide con Rueda-Jaimes et al. (2012) y con Ruiz-Juan y Ruiz-Risueño (2011), quienes destacan que los estudiantes que no abusaban del alcohol tenían una edad promedio menor que quienes si lo hacían y presentaban menor probabilidad de consumo esporádico, se reporta en estos estudios un gran cambio de conducta con respecto al consumo de alcohol a partir de los 14 años y se difiere con los hallazgos reportados por Álvarez et al. (2011), quienes no encontraron diferencias entre edad y consumo de alcohol.

Los resultados obtenidos en éste y otros estudios muestran que la edad de los participantes permite tener un menor consumo de alcohol, ya que el consumo es mayor

conforme aumenta la edad, la edad promedio de los niños y adolescentes de este estudio fue de once años.

De acuerdo a lo señalado en la conducta previa de experimentación se coincide con Pilatti et al. (2011), quienes encontraron que a pesar de que un alto porcentaje de niños había experimentado con el consumo, sólo un pequeño porcentaje afirmó seguir consumiendo alcohol desde una a cuatro veces por año.

La segunda hipótesis mencionó: los Factores Personales Biológicos (Sexo, edad), Socioculturales (Escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (Autoestima) tienen efecto en la autoeficacia. Los resultados mostraron que los factores personales que predijeron la autoeficacia fueron, el sexo y el autoestima.

Respecto a la variable sexo se coincide con distintos autores (Contreras et al, 2011; Tsoumakas et al., 2014; González et al, 2012; Palacios, 2012; Gatta et al., 2014) quienes declararon que las mujeres consumen menos alcohol con respecto a los hombres. Contrario a lo que encontraron Ehret et al. (2013) quienes no encontraron diferencias significativas para sexo y autoeficacia. Los hallazgos muestran que la autoeficacia es un factor que previene el consumo, esto puede explicarse debido a que la autoeficacia funciona dentro del sistema de expectativas del individuo y genera que éste realice metas de manera efectiva, por lo que a mayor autoeficacia se presenta más alta autoestima en los niños y adolescentes. También se coincide con Stanojlović; Cuesta; Borja, Lamprinakos & Stavraký (2017) quienes encontraron que las personas que reportan altos niveles de autoeficacia perciben el consumo de alcohol como más riesgo para su salud; por lo que ellos afirman que las personas con altos niveles de autoeficacia aumentan las respuestas defensivas de las personas y son capaces de regular su comportamiento.

La tercera hipótesis señaló: los Factores Personales Biológicos (Sexo, edad), Socioculturales (Escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (Autoestima) tienen efecto en las Influencias Interpersonales (resistencia a la presión de los amigos e influencia de historia familiar de consumo). Los resultados obtenidos mostraron que las

variables que predicen la resistencia a la presión de amigos fueron el sexo, la ocupación y el autoestima.

De acuerdo a esta hipótesis la variable autoestima predice la resistencia a la presión de los amigos, estos resultados coinciden con Uba et al. (2013), quienes encontraron que los adolescentes con alta autoestima eran menos influenciados por sus pares. La misma hipótesis planteó la relación de los factores personales en la influencia del padre hacia el niño o adolescente para el no consumo; los resultados mostraron que la variable que más aportó al modelo fue el autoestima.

Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Liberini et al. (2016) quienes encontraron que la mayoría de los adolescentes presentaron consumo de bajo riesgo y una autoestima elevada, asimismo que este consumo predominó en los niños de 11 años y en el género femenino; destacaron el autoestima como factor protector. Contrario a lo obtenido por Ledesma et al. (2014) quienes encontraron que casi la mitad del total de la muestra de los adolescentes se clasificaron como bebedores sin riesgo; predominó el género femenino sobre el masculino, pero no existieron diferencias en relación al grupo de edad; asimismo sólo un pequeño porcentaje de padres se clasificó como bebedores sin riesgo. Esta diferencia puede deberse a que en ese estudio no se tomaron de forma pareada al adolescente como a su progenitor.

La evidencia encontrada en el presente estudio muestran que el sexo, la ocupación y el autoestima influyó en la resistencia a la presión de los amigos; en el presente estudio más de la mitad de los participantes pertenecieron al género femenino; en relación a la ocupación la mayoría de los niños y adolescentes sólo se dedicaba a estudiar y además presentaron niveles altos en el autoestima, por lo que puede inferirse que los altos niveles de autoestima y el encontrarse estudiando aumenta la resistencia a la presión de los amigos y evita el consumo de alcohol.

La misma hipótesis planteó la relación de los factores personales en la influencia del consumo de la madre hacia el niño o adolescente para el no consumo; los resultados mostraron que las variables que más aportaron al modelo fueron la edad y el autoestima.

Estos resultados son comparables con lo que encontraron Gutiérrez y Hernández (2015), quienes reportaron que los adolescentes de su muestra tuvieron entre 11 y 15 años y predominó el género femenino, también que un pequeño porcentaje de sus madres consumían; en contraste con otro porcentaje mayor que indicó que ninguno de sus padres consumían y otros no respondieron. De acuerdo a la frecuencia de consumo de los padres el mayor porcentaje lo obtuvieron las opciones nunca y casi nunca. Asimismo en relación a los adolescentes el mayor porcentaje de consumo fue para la opción nunca y casi nunca, sin embargo, un alto porcentaje no contestó esta pregunta y otro alto porcentaje tuvo una respuesta inadecuada. Con estos resultados es posible señalar que la influencia de la madre quien mayoritariamente no consume y la edad de los adolescentes del estudio, fueron factores que aportaron al no consumo de los niños, acordando con los resultados del presente estudio.

Los resultados también concuerdan con lo encontrado por Telumbre et al. (2017), quienes reportaron que la madre obtuvo un porcentaje menor en el consumo de alcohol y presentó un consumo moderado y esporádico; aunado a esto, el consumo de alcohol encontrado en los adolescentes fue el consumo sensato por lo que se puede decir que la madre representa un factor de protección ante el consumo de alcohol de los hijos.

De acuerdo a los resultados del presente estudio el bajo consumo que presentaron las madres de los niños y adolescentes, la edad de los participantes quienes tuvieron un promedio de 11 años y el alta autoestima presentada por los niños y adolescentes aumentan la conducta promotora para el no consumo.

En relación a lo encontrado en la fase cualitativa se observa que la resistencia a la presión de los amigos es una variable que permite mantener el compromiso con el plan de acción del no consumo de alcohol, entre los discursos que refirieron los adolescentes

fueron: (G9. P6) ... Ahí es tu decisión... si tú no quieres tomar con ellos pues es mejor ¿no?, no tomar con ellos pero que sean tus amigos. (G9.P12; G5.P10). Pues no es a fuerza... estar con la amistad que tienes pero no tomar igual que ellos. (G3.P8). Ah... lo que...el compromiso que tengo que hacer ...es no agarrar las cosas que piden, que quieren mis amigos...o sea mis amigos quieren que tome algo que les sabe a ellos bueno pero a mí no. (G3,P2) Si tienes unos amigos y te dicen toma esto es un producto nuevo que te va a hacer bien, te va a hacer sentir mejor y tú no lo quieres probar pero aun así te obligan a hacerlo les dices no.... y si no pues...si son tus amigos, pues decirles que ya no.

La cuarta hipótesis formuló: Los Factores Personales Biológicos (Sexo, edad), Socioculturales (Escolaridad, ocupación y religiosidad) y los Psicológicos (Autoestima) tienen efecto en las Influencias situacionales (Valoración del Barrio). Las variables que aportaron al modelo fueron la escolaridad, la religiosidad y el autoestima.

De acuerdo a estos resultados se reafirma lo señalado por Koenig (2012) que menciona que la religión es un constructo multidimensional derivado de tradiciones establecidas dentro de una comunidad; cabe mencionar que los niños y adolescentes del presente estudio pertenecen a una comunidad donde son frecuentes las celebraciones religiosas derivadas de las múltiples iglesias que se encuentran en esta localidad.

También se coincide con Oliva et al. (2012) quien obtuvo asociaciones de todas las variables del barrio y la satisfacción vital que se ha relacionado fuertemente con el autoestima.

Respecto a la quinta hipótesis que se planteó: La autoeficacia tiene efecto en el resultado conductual (no consumo de alcohol). El resultado mostró que la autoeficacia es predictora del no consumo del adolescente.

Los resultados del presente estudio concuerdan con lo señalado por Bandura (2006) quien menciona que la autoeficacia puede influir sobre el proceso de modificación de conducta que puede prevenir el consumo. También se coincide con lo encontrado por

diversos autores quienes señalan que la autoeficacia provee a los adolescentes de habilidades que les permiten negarse a consumir alcohol bajo presión social, alivio emocional, o cuando se le presenta la oportunidad de consumo (Young et al., 2007; Connor et al., 2011); la autoeficacia es una variable protectora para la abstinencia del consumo de alcohol (López et al., 2003), así como que la autoeficacia se correlaciona negativamente con la frecuencia y cantidad consumida de alcohol (Castillo, 2009).

La autoeficacia se definió en el presente estudio, como la confianza del niño o adolescente en su habilidad para resistir la tentación del consumo de alcohol en diferentes situaciones sociales sin necesidad de consumir alcohol, ya sea bajo presión social, alivio emocional, o cuando se le presenta la oportunidad de consumo (Young et al., 2007) y de acuerdo a los resultados obtenidos en la fase cualitativa, los niños y adolescentes presentan autoeficacia en diversas situaciones por ejemplo cuando alguien les ofrece una bebida o tienen presión social (G1. P6) *Decir que no cuando te ofrecen una bebida.* (G1.P8) *Diciendo no gracias.* (G3.P7) *Si te juntas con personas que beben o así, no... no vas a quitarte el vicio, es muy malo tomar.* También cuando se presenta la situación de consumo (G1.P4) *Alejarme de eso.* (G1.P14) *Si me ofrecen lo rechazo y pues me voy a otra parte donde se me olvide el alcohol* (G3.P7) *...Si ves a alguien que viene con una botella de alcohol o así, tienes que irte a otro lado donde no haya personas que consuman alcohol.* Otra situación es cuando lo rechazan aunque busquen un alivio emocional (G3.P5) *Puedes soportarlo por muchas razones, la primera no juntarte con alcohólicos, segunda también porque tienes la fuerza y destreza para soportarlo y la última es que también puedes seguir tu gran camino sin alcohol, no importa que estés deprimido, siempre vas a poder lograrlo y no hace falta el alcohol.* (G4.P3) *Luchar fuerte para no consumir* (G4.P4) *Pues tener un gran esfuerzo para...y resistencia para no tomar el alcohol.*

La sexta hipótesis señaló: las Influencias Interpersonales (Resistencia a la presión de amigos e Historia Familiar de Consumo de Alcohol) tienen efecto en el resultado

conductual no consumo de alcohol. El resultado mostró que a mayor resistencia a la presión de amigos es menor el consumo.

Los resultados concuerdan con diversos autores, quienes reportan una relación negativa significativa entre la resistencia a la presión y el consumo de alcohol (Rodríguez et al., 2014; Leal y Vásquez, 2016), es decir, los participantes presentaron altos niveles de habilidad para resistirse a la presión y su consumo fue bajo. En la misma hipótesis los resultados revelaron que la influencia del padre influye en el no consumo del hijo.

Estos resultados se relacionan parcialmente con lo que destaca Ledesma et al. (2014) quienes encontraron que aproximadamente la mitad de los adolescentes se clasificaron como bebedores sin riesgo, a diferencia de sus padres (hombres) que presentaron un porcentaje menor clasificados como bebedores sin riesgo, sin embargo, la muestra de padres no correspondió exactamente al total de la muestra de hijos, por lo que al realizar la comparación estadística de ambos se observó una diferencia significativa en relación al consumo de alcohol.

Los resultados también corresponden con la investigación realizada por Gutiérrez y Hernández (2015) quienes reportaron que los adolescentes que nunca y casi nunca bebieron, reportaron que sus padres también reportaron un alto porcentaje de la conducta de nunca y casi nunca en el consumo.

De acuerdo a lo encontrado en la fase cualitativa el ejemplo de los padres para el no consumo también es un factor que permite a los niños y adolescentes mantenerse sin consumo, los discursos encontrados fueron los siguientes (G1.P11) *No....porque se enojan nuestros papás*

(G.1 P3) *Seguir el ejemplo de nuestros padres, que si ellos no toman pues pensamos que está bien y seguimos los ejemplos* (G1. P6) *En mi familia, mis papás tratan de no tomar, pero mis tíos insisten para que tome...* (G1.P2) *En mi familia todos toman...mi mamá es*

la única (que no) y a mí no me gustaría seguir el ejemplo de mi papá sino que de mi mamá.

La séptima hipótesis declaró: Las influencias situacionales (Activos de Barrio) tienen efecto en el resultado conductual (No consumo de alcohol). Los resultados mostraron que a mejor valoración del barrio, menor es el consumo de alcohol.

Los resultados son congruentes con el constructo de influencias situacionales que señalan que éstas son una clave importante para el desarrollo de estrategias nuevas y más efectivas para facilitar la adquisición y mantenimiento de conductas para la promoción de la salud (Pender, 2014). También se coincide con lo señalado por Oliva et al. (2012) que postulan que el barrio puede contribuir al no consumo de alcohol; de acuerdo a los resultados de su investigación que arrojaron que a puntuaciones más bajas de apego al barrio, apoyo y control social, mayor fue el consumo en adolescentes.

De acuerdo a los hallazgos por otros autores, los resultados aquí obtenidos coinciden con Díaz y González (2014) y con Gracia et al. (2010) quienes reportan que el vecindario se considera como un factor de riesgo de acuerdo al consumo percibido por el adolescente. Asimismo se coincide con otros autores que encontraron que el apoyo de barrio, el involucramiento con la comunidad y el uso del tiempo se asoció significativamente con el no uso de drogas (Aspy et al., 2014)

Los resultados de la fase cualitativa mostraron que el barrio es un factor que permite mantenerse en la conducta de no consumo de alcohol, los discursos de los niños y adolescentes fueron (G1.P9) *Distraerte con cualquier cosa, por ejemplo, ir de vacaciones.... salir con tu familia y estudiar... relajarse... viendo paisajes o escuchando música (G1.P4)...Distrayéndote un rato, saliéndote pero evitar tomar alcohol (G1.P14) Relajándose...y hacer cosas divertidas para olvidar el alcohol... como jugar con tus amigos, ir al cine o comprar cosas (G1.P13) Yo me consiento, ir al parque para que me olviden del alcohol (G1. P1) Distraerte con algo, ah...salir de vez en cuando al parque,*

a ver una película, a algunos lugares donde puedas distraerte, que todo lo que tienes en la ciudad.

De acuerdo a la Teoría de Rango Medio propuesto que se derivó del Modelo de Promoción a la Salud de Pender para determinar la capacidad explicativa del Modelo propuesto, se incluyeron los factores personales biológicos (edad, sexo), dentro de los factores socioculturales se encontró a la escolaridad, ocupación, religiosidad, autoestima; dentro de las cogniciones y afectos específicos de la conducta se incluyó la autoeficacia, resistencia a la presión de amigos, historia de consumo del padre, historia de consumo de la madre y valoración del barrio, fueron las variables propuestas en el Modelo que se plantearon que predecía la variable dependiente (conducta promotora de salud de no consumo de alcohol). Los hallazgos reportados destacan que los factores que predicen la conducta del no consumo fueron la edad, ocupación, el autoestima, la resistencia a la presión de amigos e historia de consumo del padre.

Conclusiones

En el presente estudio se observó que casi la mitad de los participantes de los niños de primaria y adolescentes de secundaria no han presentado consumo de alcohol alguna vez en la vida y más del 70% en el último año.

Cabe señalar que las variables determinantes que predicen el no consumo de alcohol en los participantes fueron la edad, es decir a menor edad menor consumo de alcohol, la ocupación el hecho de estar solamente estudiando lo protege de realizar la conducta no promotora de salud de consumo de alcohol, la variable autoestima fue una variable protectora de consumo de alcohol, es decir a mayor autoestima lo protege para que se mantenga en la conducta de no consumo de alcohol, la resistencia a la presión de los amigos fue una variable que predice el no consumo de alcohol, es decir el no contar con amigos que han iniciado el consumo es un factor de protección para mantenerse en el no consumo de alcohol de los niños de 5 y 6 año de primaria y adolescentes de

secundaria y finalmente la historia familiar de consumo de alcohol del padre, es una variable que puede afectar la conducta de no consumo de alcohol en los niños y adolescentes.

Se encontraron también asociaciones significativas entre la valoración del barrio y el consumo de alcohol; esto quiere decir que los recursos positivos que le proporciona el barrio y la comunidad a la que pertenecen al niño y al adolescente, hace que éstos sean más apegados a él y se refuerzan las conductas que determinan el no consumo de alcohol.

Además se mostró que existe una relación positiva de la escolaridad con el consumo de alcohol, al parecer significa que los niños con mayor escolaridad presentan mayor consumo, lo que puede determinar también que entre los niños de menor escolaridad se presenta un menor consumo y se mantienen en la conducta promotora de salud.

Entre las estrategias específicas que presentaron los niños y adolescentes para mantenerse en la conducta de no consumo de alcohol se encontraron las de rechazar el ofrecimiento de los amigos, seguir el ejemplo de los papás para no tomar, jurar ante Dios o su familia que no consumirán alcohol, evitar juntarse con personas alcohólicas, distraerse o entretenerse en otra cosa para no tomar y decir que no porque conoce los daños a la salud.

Limitaciones

Las limitaciones que presenta el siguiente estudio se mencionan a continuación. Una de ellas es que el número de escolares de primaria fue mayor en relación a los escolares de secundaria lo que podría haber influido en los resultados obtenidos. En segundo lugar, los escolares pertenecen a una localización geográfica delimitada, lo que resta capacidad de generalización de los resultados obtenidos.

No obstante estas limitaciones, el presente estudio tiene el valor de ser uno de los primeros en conocer los factores personales, psicológicos, socioculturales y cogniciones y afectos específicos de la conducta para la predicción de la conducta de no consumo de alcohol, y características sociodemográficas relacionadas en una población hasta ahora poco estudiada en México como son los niños de primaria, asimismo, que se haya realizado en una población con un fuerte componente indígena y de moderado a bajo desarrollo social, dado que estudios similares son efectuados en escolares de secundaria, con rangos de edad de 12 a más años y en entornos urbanos.

Recomendaciones

Se recomienda realizar una réplica con estudiantes de primaria y secundaria tanto de población indígena rural como de estudiantes de primaria y de secundaria de población urbana.

También se recomiendan realizar estudios con otro tipo de diseños de estudio de enfoque cuantitativo-cualitativo.

En relación a la perspectiva cualitativa se considera importante seguir explorando las estrategias relacionadas con el compromiso con el no consumo de alcohol que realizan los estudiantes.

Se sugiere realizar estudios de intervención en el área de promoción de la salud bajo diseños controlados buscando fortalecer la conducta de no consumo.

Se resalta la importancia de seguir realizando estudios que indaguen la conducta promotora de salud para el no consumo de alcohol, que sean la base para futuras intervenciones de promoción de la salud en los niños y adolescentes.

Referencias

- Acosta, L., Fernández, A. R., & Pillon, S. C. (junio, 2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (Especial). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/15.pdf>
- Álvarez, A., Alonso, M. M., & Guidorizzi, A. C. (junio, 2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (Especial). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421939021>
- Álvarez, A., Alonso, M. M., & Guidorizzi, A. C. (2014). Factores predictivos del uso de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 22(6),1056-1062. doi: 10.1590/0104-1169.3570.2516
- Álvarez, A., Zamora, A., Hernández, M. A., Sánchez, M., Barrón-Ugalde, M., & Mendoza, M. A. (2011). Resiliencia y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes adolescentes de comunidades rurales. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 12(1). Recuperado de <http://www.revistascientificas.udg.mx/index.php/AIA/article/view/4801>
- Álvarez-Gayaou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Andrade, J. A., Yepes, A. J., & Sabogal, M. L. (julio, 2012). Resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en 50 jóvenes universitarios entre los 16 y 22 años de la universidad de San Buenaventura Medellín, extensión Ibagué. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1). Recuperado de http://www.funlam.edu.co/uploads/proyectotoma/5_Resistencia_a_la_presion_de_grupo.pdf
- Andrade, P., Pérez, C., Alfaro, L. B. Sánchez, M. E., & López, A. (marzo, 2009). Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 21(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122899009>

- Armendáriz, N. A., Alonso, M. M., Alonso, B. A., López, M. A., Rodríguez, L. A., & Méndez, M. D. (diciembre, 2014). La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Ciencia y Enfermería*, 20(3). Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n3/art_10.pdf
- Aspy, C. B., Tolma, E. L., Oman, R. F., & Vesely, S. K. (2014). The influence of assets and environmental factors on gender differences in adolescent drug use. *Journal of Adolescence*, 37(6), 827-837. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.05.006
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders J., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria* [Versión Adobe Digital Editions]. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Babor, T. F., Kranzler, H. R., & Lauerma, R. J. (1989). Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory, and self-report screening procedures. *Addictive Behaviors*, 14(2), 139-157.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2). Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1993EP.pdf>
- Bandura, A. (2ed.). (1977). *Social Learning Theory*. United States: Prentice Hall.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. En Pajares, F. & Urdan T. C. (Eds.), *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (pp. 307-337). Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanduraGuide2006.pdf>
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*. España: Alianza.
- Bartkowski, J.P., & Xu, X. (enero, 2007). Religiosity and teen drug use reconsidered: a social capital perspective. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(6). Recuperado de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379707001420>

- Bezerra, J., Gomes, M. V., Marinho, M. C., Miranda, R., Honda, S. S., & Hallal P. C. (2009). Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(5). Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/726a/aa3e101d431274987b1d64bf3ad35fa8702e.pdf>
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método*. España: Hora, S. A.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic Interactionism. Perspective and method*. United States of America: University of California Press.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kiellström, T. (2008). *Epidemiología Básica* [versión Adobe Digital Editions]. Recuperado de <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjFrYaohcHXAUB72MKHhScA-YQFggyMAE&url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F174002%2F1%2FEpidemiologia%2520basica.pdf&usg=AOvVaw0Dmvz07gtrorD1M0ZF6FUW>
- Brown, S. L., & Rinelli, L. N. (2010). Family Structure, Family Processes, and Adolescent Smoking and Drinking. *Journal of Research on Adolescence : The Official Journal of the Society for Research on Adolescence*, 20(2), 259–273. <http://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00636.x>
- Burke, A., Olphen, J. V., Eliason, M., Howell, R., & Gonzalez, A. (2012). Re-examining religiosity as a protective factor: comparing alcohol use by self-identified religious, spiritual, and secular college students. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 305-316. doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9623-8>
- Burns, N., & Grove, S. K. (5 Ed.). (2005). *The practice of nursing research; conduct, critique, and utilization*. United States of America: Elsevier Saunders.

- Carbonero, M. A., Martín-Antón, L. J., & Feijó, M. (diciembre, 2010). Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1293/129315468011.pdf>
- Castillo, C. A. (junio, 2009). Autoeficacia al Rechazo del Alcohol en Estudiantes de Recién Ingreso a una Preparatoria Privada. *Psicología Iberoamericana*, 17(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912613008>
- Centers for Disease Control and Prevention. (Octubre, 2016). *Underage drinking*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/underage-drinking.htm>
- Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, & Instituto Nacional de Salud Pública. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Drogas ilícitas* [versión Adobe Digital Editions]. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2013). *EBCO: Estudio Básico de Comunidad Objetivo. Diagnóstico del consumo de drogas en el área de influencia del CIJ Puebla*. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/ebco2013/centros/9030CD.html>
- Chávez, R., Rivera, L., Leyva, A., Sánchez, M., & Lazcano, E. (febrero, 2013). Orientación al rol de género y uso de tabaco y alcohol en jóvenes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 55(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n1/v55n1a08.pdf>
- Chen, C.Y., Dormitzer, C. M., Bejarano, J., & Anthony, J. C. (2004). Religiosity and the Earliest Stages of Adolescent Drug Involvement in Seven Countries of Latin America. *American Journal of Epidemiology*, 159, 1180-1188. doi:10.1093/aje/kwh151
- Cicua, D., Méndez, M., & Muñoz, L. (agosto, 2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4(1). Recuperado de

http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/ps11-7.pdf

Comisión Nacional contra las Adicciones. (2011). *Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011-2012*[versión Adobe Digital Editions]. Recuperado de:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf

Concha, S., Torre, M., & Hurtado, A. (diciembre, 2014). Consumo de tabaco y alcohol en 1° y 2° de E. S. O. en una población rural. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(3). Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/1696/169638003002.pdf>

Connor, J.P., George, S.M., Gullo, M. J., Kelly, A.B., & Young. R. M. (abril, 2011). A prospective study of alcohol expectancies and self-efficacy as predictors of young adolescent alcohol misuse. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 161-169.

Contreras, L., Molina, V., & Cano, M. C. (octubre 2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24(1). Recuperado de

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/115/111>

Creswell, J. W. (3 Ed.). (2009). *Research design. Qualitative, Quantitative, and mixed methods approaches*. United States of America: SAGE Publications, Inc.

De la Fuente, J.R., Kershenovich, D., Narro, J., Tapia, R., Meneses, F., Gutiérrez, H. Campillo, C., & Laguna, J. (junio, 1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina. UNAM*, 35(2), 47-74.

De Lellis, C. M., Duffy, D. N. C., & Sceppacuercia, L. M. (2014). *Identificación y predicción de las modalidades de consumo de alcohol en estudiantes de nivel primario y secundario*. Trabajo presentado en el VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXI Jornadas de Investigación. Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del

MERCOSUR, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-035/242.pdf>

- Demant, J., & Ravn, S. (2010), Identifying drug risk perceptions in Danish youths: ranking exercises in focus groups. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 15(5), 528-543. doi: 10.3109/09687630903286818
- Díaz, C. L. & González, M. T. (enero, 2014). Conductas problema en adolescentes en la ciudad de Monterrey; México. *Enfermería Global*, 33. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/clinica1.pdf>
- Do Prado, M. L., de Sousa, M. L., Monticelli, M., Cometto, M. C., & Gómez, P. F. (2013). *Metodología Didáctica* [versión Adobe Digital Editions]. Recuperado de <http://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2014/01/Tablacontenido.pdf>
- Duffy, D. (febrero, 2014). Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. *Salud & Sociedad*, 5(1). Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/salsoc/v5n1/5n1a03.pdf>
- Ehret, P. J., Ghaidarov, T. M., & LaBrie, J. W. (2013). Can you say no? Examining the relationship between drinking refusal self-efficacy and protective behavioral strategy use on alcohol outcomes. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1898-1904. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.12.022
- Enriquez, S., Fernández, A. T., & Rueda, V. J. (abril, 2017). *Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del área IV del municipio Cienfuegos*. Meidur, 15(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000200011
- Epstein, J. A., & Botvin, G. J. (2008). Media Resistance Skills and Drug Skill Refusal Techniques: What is Their Relationship with Alcohol Use Among Inner-City Adolescents?. *Addictive Behaviors*. 33(4), 528-537.

doi:10.1016/j.addbeh.2007.11.001

Epstein, J. A., Zhou, X. K., Bang, H., & Botvin, G. J. (marzo, 2007). Do Competence Skills Moderate the Impact of Social Influences to Drink and Perceived Social Benefits of Drinking on Alcohol Use Among Inner-City Adolescents?.

Prevention Science, 8(1), 65-73. doi: 10.1007/s11121-006-0054-1

Fawcett, J.(3ª Ed.). (1999). *The relationship of theory and research*. Filadelfia: F. A. Davis Company.

Feather, N. T. (1992). Values, Valences, Expectations, and Actions. *Journal of Social Issues*, 48, 109-124. doi: 10.1111/j.1540-4560.1992.tb00887.x

Ferrer, S., Pérez, C., & Montero, M. (agosto, 2014). Nivel de dependencia sobre la presión de grupo en el adolescente de educación media general. *Encuentro*

Educacional, 21(2). Recuperado de

<http://www.produccioncientifica.luz.edu.ve/index.php/encuentro/article/viewFile/19644/19601>

Flick, U. (2 ed.). (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*, Madrid: Ediciones Morata S. L.

Flórez, I A., & Trujillo, Á M; (2013). ¿Tomar no tomar?: análisis de los motivos de consumo y no consumo de alcohol en jóvenes. *Diversitas: Perspectivas en*

Psicología, 9(1). Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67926246003>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2017). *La edad escolar*.

Recuperado de https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6876.html

Ford, J., & Kadushin, C. (junio, 2002). Between Sacral Belief and Moral Community: A Multidimensional Approach to the Relationship between Religion and Alcohol among Whites and Blacks. *Sociological Forum*, 17(2). 255-279.

Fuentes, M. C., Alarcón, A., García, F., & Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y pelifro

- del barrio. *Anales de Psicología*, 31(3), 1000-1007. doi: 10.6018/analesps.31.3.183491
- Gatta, M., Facca, I., Colombo, E., Svanellini, L., Montagnese, S., & Schiff, S. (marzo, 2014) Alexithymia, Psychopathology and Alcohol Misuse in Adolescence: A Population Based Study on 3556 Teenagers. *Neuroscience & Medicine*, 5(1), 60-71. doi: 10.4236/nm.2014.51009
- Gómez, E. M, & Cogollo, Z. (2015). Asociación entre religiosidad y estilo de vida en adolescentes. Revista de la facultad de medicina. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(2), 193-198. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.49289>
- González, A. Fernández, J. R., & Secades, R. (s.a.). *Guía para la detección e intervención temprana con menos en riesgo* [versión Adobe Digital Editions]. Recuperado de http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/Fernandez%20et%20al_2004_Deteccion%20Evaluaci%C3%B3n%20Intervencion.pdf
- González, J., Hernández, L. S., Bravo, L. A., & López, M. F. (julio, 2012). Prevalencia en el consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Psicología Científica.com*, 14(13). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/prevalencia-consumo-alcohol-adolescentes>
- Gracia, E., Fuentes, M. C., & García, F. (2010). Barrios de riesgo, estilos de socialización parental y problemas de conducta en adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 19(3). 265-278. doi: 10.5093/in2010v19n3a7.
- Granville-Garcia A, Clementino M, Gomes M, Firmino R, Ribeiro G, Siqueira M. (2014) Alcohol consumption among adolescents: attitudes, behaviors and associated factors. *Cien Saude Colet*. 19(1),7-16
- Grigoravicius, M., Iglesias, A., Ponce, P., García, J., Pandolfi, M., Nigro. V., & Bradichansky, L. (agosto, 2013). Contexto familiar y consumo de sustancias psicoactivas en niños entre 8 y 12 años. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(2).

Recuperado de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S200747191370958X>

Gutiérrez, D., & Hernández, D. (noviembre, 2015). La familia, factor inductor del uso indebido de drogas en la adolescencia. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, 5(2). Recuperado de

<http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=467646280007>

Gutiérrez, M., & Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*, 30(2), 608-619. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131>

Herring R, Bayley M & Hurcombe R (2012). A positive choice: Young people who drink Little or no alcohol. Joseph Rowntree Foundation. Middlesex University. United Kingdom

Hingson, R. W., Heeren, T., & Winter, M. R. (2006). Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(7), 739-746. doi: 10.1001/archpedi.160.7.739

Hope, L. C., & Cook, C. C. H. (agosto, 2010). The role of Christian commitment in predicting drug use amongst church affiliated Young people. *Mental Health, religión & Culture*, 4(2), 109-117.

Huitrón, G., Denova, E., Halley, E., Santander, S., Bórquez, M., Zapata, L., Huinca, B., Zubarew, T. G., & Villaroel, L. (diciembre, 2011). Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo. *Papeles de Población*, 17(70). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11221584003>.

Melo Hurtado, D., & Castanheira Nascimento, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 , 655-662.

Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (2015). *Razones*

para el Consumo de Alcohol en Población Juvenil. Limitación No. 662237-33-le15. Para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Recuperado de
https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwif3r-XysrXAhWngVQKHTyxDAQQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.senda.gob.cl%2Fmedia%2Festudios%2FotrosSENDA%2F2015_No_consumo_alcohol_poblaci%25C3%25B3n_juvenil.pdf&usg=AOvVaw1c40uC1uD7lSqPTj9CMEF4

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones, & Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2004) [versión Adobe Digital Editions]. *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Recuperado de
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/1334/702825432355/702825432355_1.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril). Datos Nacionales*. Recuperado
<http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/ni%C3%B1o0.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016)*. Recuperado de
<https://www.insp.mx/avisos/4585-encodat-2016.html>

International Center for Alcohol Policies. (2009). *Reporte de la ICAP Factores determinantes del consumo de alcohol*. Recuperado de
<http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=AG3p0J34i0E%3D&tabid=101>

- Jiménez, T. I. (2011). Autoestima de riesgo y protección: una mediación entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 53-61. doi: 10.5093/in2011v20n1a5
- Johnson, B. R. (2000). A better kind of high: how religious commitment reduces drug use among poor urban teens. CRRUCS report. United States of America: Center for Civic Innovation at The Manhattan Institute.
- Johnson, T. J., Sheets, V.L. & Kristeller, J. L. (enero, 2008). Identifying mediators of the relationships between religiousness/spirituality and alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(1), 160-170.
- Kim, Y. (2011). Adolescents' health behaviours and its associations with psychological variables. *Central European Journal of Public Health*, 19(4). Recuperado de <http://apps.szu.cz/svi/cejph/archiv/2011-4-04-full.pdf>
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1, 78-85. doi: 10.3390/rel1010078
- Koenig, H.G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, 16, 1-33. doi:10.5402/2012/278730
- Koenig, H. G., & Fetterman, A. (1995). *Religion and Health outcomes: A review and síntesis of the literature*. Bethesda, MD: National Institute on Aging.
- Koenig, H., Parkerson, G. R., Jr., & Meador, K.G. (1997). Religion index for psychiatric research. *The American Journal of Psychiatry*, 154(6), 885-886. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.154.6.885b>
- Krahn, D. D., Kurth, C. L., Gomberg, E., & Drewnoski. (2005). Pathological dieting and alcohol use in college women a continuum of behaviors. *Eating behaviors*, 6(1), 43-52. doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.08.004
- Leal, R., & Vázquez, L. (2016). Influencia de los estilos de crianza y la resistencia a la presión de grupo sobre el consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de

- Cajamarca. *Perspectiva*, 17(1), 33-45.
- Ledesma, F., Castellanos, B. E., Morón, A. E., & Morón, A. P. (enero, 2014). Frecuencia de adolescentes con consumo precoz de alcohol y nivel de consumo del padre. *Médico de Familia*. 22(1). Recuperado de <http://es.calameo.com/read/004068044095a093d710a>
- Liberini, S., Rodríguez, G. E., & Romero, N. A. (marzo, 2016). El rol de la autoestima, la personalidad y la familia en el consumo de alcohol en la adolescencia. *Psocial*, 2(1). Recuperado de <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/1469/1513>
- Londoño, C. (diciembre, 2007). Modelo Cognitivo-Social Integrado para la Prevención del Abuso en el Consumo de Alcohol. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3(2). Recuperado de http://www.henrry.tipica.org/xwuqiwasjlhasdf7985644Tipica2/pdf/N2V3_Londono_modelo_cognitivo_social_integrado_preencion.pdf
- Londoño, C., & Valencia, S. C. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología*, 26(1). Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=16713758004>
- López, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M. J. & Godoy, J. F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/436/433>
- Maccia, E. S., & Maccia, G. S. (1966). Department of Health, Education and Welfare. *Development of educational theory derived from three educational theory models*. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=ED010534>
- Martínez, R., Pedrão, L. J., Alonso, M. M., López, K. S., & Oliva, N. N. (junio, 2008). Autoestima, autoeficacia percibida, consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación secundaria de área urbana y rural de Monterrey, Nuevo león,

- México. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 16(Especial). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/es_18.pdf
- McDonald, D.I. (1984). *Drugs, drinking and adolescent*. Chicago: Yearbook Medical Publishers.
- Medina-Mora, Cravioto, P., Villatorio, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F., & Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultado de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud pública de México*, 45(1). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15442.pdf>
- Medina-Mora, Galvan, J., M.E., Rojas, E., Villatorio, J., Juárez, F., López, E., Berenzon, S., Olmedo, R., Carreño, S., Ortiz, E., & Ñequis, G. (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud mental*, 16(3). Recuperado de <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/1993/Consumo%20de%20sustancias%20con%20efectos%20psicotropicos%20en%20la%20poblacion%20estudiantil%20de%20ensenanza%20media%20y%20media%20superior%20de%20la%20Republica%20Mexicana%201993.pdf>
- Medina-Mora, M.E., Rascón, M. L., García, G., & Ezbán, M. (1986). Patrones de consumo de alcohol y normas relacionadas con dicho consumo, en una población de Michoacán, México. *Salud mental*, 9(4). Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/286/286
- Melo, D. S., & Jaimes, M. L. (2015). Autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y salud percibida de niños escolarizados. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 118-131. doi:10.17151/hpsal.2015.20.2.9
- Morales, F., Cabrera, M., Pérez, C. J., & Amaro, M. L. (mayo, 2015). El consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de ciudad Nezahualcóyotl. Frecuencia y características sociales, 2015. *Vertientes: Revista Especializada en Ciencias de*

- la Salud*, 18(1). Recuperado de
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/51727/46168>
- Morales, L. I. (2012). Espiritualidad y Religión: Espiritualidad y religión: percepciones de un grupo de adolescentes puertorriqueños/as sobre su influencia en las conductas de riesgo de la salud. *Ciencias de la conducta*, 27(1). Recuperado de
http://www.albizu.edu/Portals/0/Documents/cau/sju/Revista/2012/7_Religiosidad_Conductas_de_Riesgo.pdf
- Natera-Rey, G., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Solís-Rojas, L., & Tiburcio-Sainz, M. (febrero, 2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43(1), Recuperado de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000100003&lng=es&tlng=es.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2009). *Haga la diferencia. Hable con sus hijos sobre el uso de alcohol*. Recuperado de
https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/makeadiff_spanhtml/SpanDiff.pdf
- Newport Academy (2012). *How Alcohol Consumption Affects a Growing Teen. United States*. Recuperado del sitio de Internet de Newport Academy:
<https://www.newportacademy.com/resources/restoring-families/how-consumption-affects-a-growing-teen/>
- Oei, T. P., Hasking, P.A., & Young, R. M. (junio, 2005). Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire–Revised (DRSEQ–R): a new factor structure with confirmatory factor analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(3), 297 - 307 .
- Oh, H. & Kim, Y (2014). Drinking Behavior and Drinking Refusal Self-Efficacy in Korean College Students. *Psychological Reports: Relationships & Communications*, 115 (3), 872-883.
- Oliva, A., Antolín, L., Estévez, R. M., & Pascual, D. M. (abril, 2012). Activos del barrio y ajuste adolescente. *Intervención Psicosocial*, 21(2). Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592012000100002

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* [versión Adobe Digital Editions]. Inglaterra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Alcohol* (Nota descriptiva N°349).

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Organización Panamericana de la salud. (2007). *Alcohol y salud publica en las Américas. Un caso para la acción* [versión Adobe Digital Editions]. Recuperado de

http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_american_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe de Situación Regional sobre el Alcohol y la Salud en las Américas* [Versión Adobe Digital Editions].

Recuperado de

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553_esp.pdf

Palacios, J.R. (junio, 2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 20(1). Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133924623004>

Pender, N.J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (7Ed.). (2014). *Health Promotion in Nursing Practice*. United States of America: Pearson

Paniagua, H., García, S., Castellano, G., Sarrallé, R., & Redondo, C. (marzo, 2001).

Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *Anales Españoles de Pediatría*, 55(2),121-128.

Pérez, A., & Mejía, I.E. (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*,10(2), 111-119.

- Pérez, M., & Lucio-Gómez, E. (marzo, 2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de bachillerato. *Salud y Drogas*, 10(1), 79-96.
- Pilatti, A., Godoy, J. C., & Brussino, S. (2011). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Niños argentinos (CEA-N). *Trastornos adictivos*, 13(2), 71-79.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (6 Ed.) (2000). *Investigación Científica en ciencias de la salud*. México: Mc Graw-Hill.
- Rodríguez, F.D., Sanchiz, M.L., & Biquerra, R. (junio, 2014). Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones Médicas y Orientaciones Educativas. *Salud Mental*, 37(3). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n3/v37n3a10.pdf>
- Rodríguez, M. C., Perozo, C. M., & Matute, J. D. (junio, 2014). Resistencia de la presión de grupo y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), 25-40.
- Rodríguez, P., Molina, M. E., Dosíl, C., Infante, G., Romero, M. J., & Bracho, M. (junio, 2014). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes del 7mo al 9mo grado de instituciones educativa de la parroquia Santa Lucía del municipio Maracaibo. *Redieluz*, 4(1). Recuperado de <http://www.produccioncientifica.luz.edu.ve/index.php/redieluz/article/view/19726/19675>
- Roehlkepartian, E. C., Ebstyne, P., Wagener, L., & Benson, P. L. (2006). *Manual de desarrollo espiritual en la infancia y la adolescencia*. doi: 10.4135/9781412976657
- Rojas, M. J., Rodríguez, A. B., Zereceda, J., & Otiniano, F. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar* [Versión Adobe Digital Editions]. Recuperado de

https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf

- Rosenberg, M. (septiembre, 1962). The Association between Self-Esteem and Anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 1(2), 135-152.
- Rueda-Jaimes, G. E., Pinto, J. L., & Rangel, A. M. (2012). Abuso de alcohol en niños y adolescentes escolarizados y factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(2), 273-283. doi: 10.1016/S0034-7450(14) 60004-4
- Ruiz, C. (2da Ed). (2003). *Test de autoestima* – 25. Perú: Universidad César Vallejo.
- Ruiz-Juan, F. & Ruiz- Ruiseño, J. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de Psicología*. 27 (2), 350-359.
- Salamé, J., Barbour, B., & Salameh, P. (abril, 2013). Do personal beliefs and peers affect the practice of alcohol consumption in university students in Lebanon?. *Easter Mediterranean Health Journal*, 19(4), 340-347.
- Salamó, A., Gras, m. E., & Font-Mayolas, S. (junio, 2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72712496003.pdf>
- Salazar, M. L., Valdez, J. F., Martínez, K. I., & Pedroza, F. J. (diciembre, 2011). Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. *Universitas Psychologica*, 10(3), 803-815.
- Sánchez-Xicotencatl, C. O., Andrade, P., Betancourt, D., & Vital, G. (abril, 2013). Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1). Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471913709426>
- Santo-Domingo, J. (octubre, 2002). El desarrollo personal del joven y el alcohol. *Trastornos adictivos*, 4(4). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-el-desarrollo-personal-del-joven-13041849>
- Saravia, J. C., Gutiérrez, C., & Frech, H. (2014). Factores asociados al inicio de

- consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355003.pdf>
- Sauer-Zavala, S., Burris, J. L., & Carlson, C. R. (2014). Understanding the relationship between religiousness, spirituality, and underage drinking: the role of positive alcohol expectancies. *Journal of Religion and Health*, 53(1), 68-78. doi: 10.1007/s10943-012-9598-5
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88. Recuperado de <http://www.automesure.com/library/pdf/8329970.pdf>
- Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 6 de enero de 1987.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf
- Secretaría de Salud, Secretaría de Educación Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, & Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2015). Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes. 2014. *Drogas* [Versión Adobe Digital Editions]. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014.pdf

- Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL, 2016]. Informe Anual Pobreza y Rezago Social 2016 recuperado de <http://planeader.puebla.gob.mx/pdf/SEDESOL/2016/119.pdf>
- Sinha, J. W., Cnaan, R. A., & Gelles, R. W. (abril, 2007). Adolescent Risk Behaviors and Religion: Findings From a National Study. *Journal of Adolescence*, 30(2). Recuperado de http://repository.upenn.edu/spp_papers/54
- Stanojlović; Cuesta; Borja, Lamprinakos & Stavrayk (2017). Self-Affirmation Effect on Risk Perception and the Moderating Role of Self-Efficacy in Anti-Alcohol Messages. *European Journal of Social Sciences Education and Research*. 10 (2), 178-186. Disponible en <http://journals.euser.org/index.php/ejser/article/view/2426>.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* [versión Adobe Digital Editions]. Recuperado de <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
- Taunay, T. C., Cristino, E. D., Machado, M. O., Rola, F. H., Lima, J. W. O., Macêdo, D. S., Gondim, F. A., Moreira, A., Carvalho, A. F. (2012). Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 76-81. doi: 10.1590/S1516-44462012000100014
- Telumbre, J. Y., López, M. A., Sánchez, A., Araujo, F. M., & Torres, M. E. (2017). Relación de la Historia Familiar de Consumo de Alcohol y Consumo de Alcohol de los Adolescentes. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 5(1), 15-26.
- Trujillo, H. M., Martínez-González, J. M., & Vargas, C. (2013). Relaciones asociativas entre las creencias acerca del uso social de las drogas y el consumo en estudiantes jóvenes. *Universitas Psychologica*, 12(3), 875-885.

doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.race

- Tsoumakas, K., Tanaka, M., Petsios, K., Fildisis, G., Gkoutzivelakis, A., & Pavlopoulou, I. (septiembre, 2014). Alcohol Drinking Habits and Negative Experiences among Adolescents in Greece. *Open Journal of Pediatrics*, 4, 222-230. doi: 10.4236/ojped.2014.43029
- Uba, I., Nor, S., Abu, M., Abdullah, R., & Mofrad, S. (2013). The role of the self-esteem in the diminution of substance abuse among adolescents. *International Review of Social Sciences and Humanities*, 5(2), 140-149.
- Valencia, M.J., García, M.L.R., & Lozano, M.M. (2011). Consumo de alcohol en estudiantes de educación secundaria, aspectos personales y sociales relacionados. *psicología.com*, 15(9). Recuperado de <http://www.alcoholinformate.org.mx/consumo%20de%20alcohol%20en%20estudiantes%20de%20educacion.pdf>
- Valencia, M.J., García, M.L.R., & Lozano, M.M. (2011). Consumo de alcohol en estudiantes de educación secundaria, aspectos personales y sociales relacionados. *psicología.com*, 15(9). Recuperado de <http://www.alcoholinformate.org.mx/consumo%20de%20alcohol%20en%20estudiantes%20de%20educacion.pdf>
- Varga, S., & Piko, B. F. (noviembre, 2015). Being lonely or using substances with friends? A cross-sectional study of Hungarian adolescents' health risk behaviours. *BMC Public Health*.15, 1107-1115. doi: 10.1186/s12889-015-2474-y
- Varga, S., & Piko, B. F. (noviembre, 2015). Being lonely or using substances with friends? A cross-sectional study of Hungarian adolescents' health risk behaviours. *BMC Public Health*.15, 1107-1115. doi: 10.1186/s12889-015-2474-y
- Vargas, E. D. & Martínez, G. (junio, 2015). La relación entre el abuso del alcohol y la religión en adolescentes mexicanos. *Población y salud en Mesoamérica*, 12(2).

Recuperado de

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/16783/27011>

Velázquez, M., Arellanez, J. L., Martínez, A. L. (2012). Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1).

Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v15n1/v15n1a13.pdf>

Villatorio, J., Medina-Mora, M. E., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcántar, E., Navarro, C., Blanco, J., Parra, J., Néquiz, G. (1999). *Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito federal: medición otoño 1997. Reporte global del Distrito Federal*. México: SEP, IMP.

Villatorio, J. A., Medina-Mora, M. E., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N. G., & Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución de consumo de drogas. *Salud mental*, 28(1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam051e.pdf>

Villatorio, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P., & Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultado de la encuesta de estudiantes. Medición otoño el 2000. *Salud mental*, 25(1). Recuperado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/publica_articulos/salud_mental_25.pdf

Wu, C. S., Wong, H. T., Shek, C. H., & Loke, A. Y. (2014). Multi-dimensional self-esteem and substance use among Chinese adolescents. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 9(1), 42.

Young, R. M., Hasking, P. A., Oei, T. P., & Loveday, W. (2007). Validation of the Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire—Revised in an Adolescent Sample (DRSEQ-RA). *Addictive behaviors*, 32(4), 862-868.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDPCA)

Instrucciones: Contesta las preguntas que se te solicitan de acuerdo a tu caso, escribe sobre la línea o marca con una equis (X) en el espacio correspondiente

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Edad: (en años cumplidos) _____

2. Sexo: () Masculino () Femenino

3. Escolaridad:

Año escolar en el que te encuentras

- Primaria

Quinto grado _____

Sexto grado _____

- Secundaria

Primero _____

Segundo _____

Tercero _____

Número de años cursados que llevas en la escuela (incluyendo reprobados)

4. Ocupación actual

- Sólo estudio _____

- Estudio y trabajo _____

Si contestaste que trabajas contesta lo siguiente (deben ser dos respuestas, días y horas):

Trabajo unas horas _____ - Trabajo todos los días _____

Trabajo medio tiempo _____ - Trabajo sólo algunos días _____

Trabajo 8 horas _____ - Trabajo sólo el fin de semana _____

5. ¿Has tenido algún tipo de experimentación con el consumo de alcohol?

- No, nunca _____

- Si, hace... (especifica cuántos) días _____ meses _____ años _____

- Sí y sólo una única vez _____

- Sí y otras ocasiones, pero ya no continué _____

- Sí y continué hasta la fecha _____

6. ¿A los cuántos años tuviste tu primera experimentación con el consumo de alcohol?

- No, nunca_____

A los _____ años.

7. Prevalencia de consumo de alcohol

- ¿Has consumido alcohol en el último año? SI _____ NO _____

- ¿Has consumido alcohol en el último mes? SI _____ NO _____

- ¿Has consumido alcohol en la última semana? SI _____ NO _____

8. ¿Con quién vives?

a) Con ambos padres () Padre y Madre

b) Sólo con uno de ellos por separación () Padre () Madre

c) Uno de ellos falleció () Padre () Madre

d) Con otro familiar () especifica quién

9. ¿Alguien de tu familia falleció por problemas con el alcohol? Especifica quién

Apéndice B

Test de Autoestima para Escolares [T A E] (Ruiz, Champagnat, 2003)

Instrucciones: A continuación encontrarás una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tienes o no sobre ti. Marca con una X la respuesta que más te identifica. Por favor, no dejes preguntas sin respuesta para tener información completa que será de mucha utilidad.

| PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. Me gustaría nacer de nuevo y ser diferente de como ahora soy | | |
| 2. Me resulta muy difícil hablar frente a un grupo. | | |
| 3. Hay muchas cosas dentro de mí que cambiaría si pudiera hacerlo | | |
| 4. Tomar decisiones es algo fácil para mí. | | |
| 5. Considero que soy una persona alegre y feliz. | | |
| 6. En mi casa me molesto a cada rato. | | |
| 7. Me resulta DIFÍCIL acostumbrarme a algo nuevo | | |
| 8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad | | |
| 9. Mi familia me exige mucho/espera demasiado de mí. | | |
| 10. En mi casa se respeta bastante mis sentimientos | | |
| 11. Con mucha facilidad hago lo que mis amigos me mandan hacer. | | |
| 12. Muchas veces me tengo rabia /cólera a mí mismo | | |
| 13. Pienso que mi vida es muy triste. | | |
| 14. Los demás hacen caso y consideran mis ideas. | | |
| 15. Tengo muy mala opinión de mí mismo | | |
| 16. Han habido muchas ocasiones en las que he deseado irme de mi casa. | | |
| 17. Con frecuencia me siento cansado de todo lo que hago. | | |
| 18. Pienso que soy una persona fea comparada con otros. | | |
| 19. Si tengo algo que decir a otros, voy sin temor y se lo digo. | | |
| 20. Pienso que en mi hogar me comprenden | | |
| 21. Siento que le caigo muy mal a las demás personas. | | |
| 22. En mi casa me fastidian demasiado | | |
| 23. Cuando intento hacer algo, MUY PRONTO me desanimo | | |
| 24. Siento que tengo MÁS problemas que otras personas. | | |
| 25. Creo que tengo más DEFECTOS que CUALIDADES | | |

Apéndice C

Índice de religiosidad de Duke (IRD o DUREL), Koenig, Meador y Parkersor (1997)

Instrucciones: marca con una equis (X) o una palomita (✓), la respuesta de acuerdo a tu caso)

1. ¿Con cuánta frecuencia atiendes a la iglesia u otros encuentros religiosos? (ORA)
 1. Nunca _____
 2. Una vez al año o menos _____
 3. Unas pocas veces al año _____
 4. Unas pocas veces al mes _____
 5. Una vez a la semana _____
 6. Más de una vez a la semana _____
2. ¿Con cuánta frecuencia dedicas tiempo a actividades religiosas privadas, como por ejemplo rezar, meditar, o estudiar la Biblia? (NORA)
 1. Más de una vez al día _____
 2. Diariamente _____
 3. Dos o más de dos veces al día _____
 4. Una vez a la semana _____
 5. Unas pocas veces al mes _____
 6. Raras veces o nunca _____
3. En mi vida, yo siento la presencia de lo Divino (eg. Dios). (IR)
 1. Definitivamente no es cierto _____
 2. Tiende a no ser cierto _____
 3. No estoy segura (o) _____
 4. Tiende a ser cierto _____
 5. Definitivamente cierto para mí _____
4. Mis creencias religiosas son lo que realmente está detrás de mi enfoque hacia la vida. (IR)
 1. Definitivamente no es cierto _____
 2. Tiende a no ser cierto _____
 3. No estoy segura (o) _____
 4. Tiende a ser cierto _____
 5. Definitivamente cierto para mí _____
5. Trato de llevar mis fundamentos religiosos a todos los demás aspectos de mi vida. (IR)
 1. Definitivamente no es cierto _____
 2. Tiende a no ser cierto _____
 3. No estoy segura(o) _____
 4. Tiende a ser cierto _____
 5. Definitivamente cierto para mí _____

Apéndice D

Cuestionario de Autoeficacia para resistir el Alcohol

(DRSEQ-RA por sus siglas en Inglés Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-Revised Adolescent Versión) Young, Hasking, Oei y Loveday (2007)

Instrucciones:

En el presente cuestionario se te pide que describas tu habilidad para manejar situaciones en las que se pudiera presentar el consumo de alcohol. Tus respuestas serán totalmente anónimas, así que por favor te pedimos que trates de responder lo más honestamente posible.

Las siguientes preguntas contienen una lista de situaciones en las que las personas pueden enfrentarse al consumo de alguna bebida alcohólica. Por favor tacha la declaración que mejor describe cuánto podrías resistir el consumo de alcohol en cada caso.

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|
| 1. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol, cuando estás viendo la Tele? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 2. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol, cuando estás enojado(a)? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 3. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando estás comiendo? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 4. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando estás en una fiesta? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 5. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando estás en camino de la casa para la escuela? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 6. ¿Qué tan seguro te sientes de que | 1 Yo estoy seguro de que no | 2 Es más o menos probable de | 3 Es probable que no | 4 Es probable de que pueda | 5 Es más o menos probable de | 6 Yo estoy muy seguro de que |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|
| puedes resistir el consumo de alcohol cuando alguien te ofrece una bebida? | podría resistir el consumo | que no pueda resistir el consumo | pueda resistir el consumo | resistir el consumo | que pueda resistir el consumo | podría resistir el consumo |
| 7. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando te sientes frustrado(a)? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 8. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando estás escuchando música o leyendo? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 9. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando tu novio/novia está bebiendo alcohol? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 10. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando estás preocupado(a)? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 11. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando estás solo(a)? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 12. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando tus amigos están bebiendo alcohol? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 13. ¿Qué tan seguro te sientes de que | 1 Yo estoy seguro de | 2 Es más o menos | 3 Es probable | 4 Es probable de | 5 Es más o menos | 6 Yo estoy muy seguro |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|
| puedes resistir el consumo de alcohol cuando te sientes molesto(a)? | que no podría resistir el consumo | probable de que no pueda resistir el consumo | que no pueda resistir el consumo | que pueda resistir el consumo | probable de que pueda resistir el consumo | de que podría resistir el consumo |
| 14. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando acabas de terminar de jugar algún deporte? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 15. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol Cuando estás en un antro / concierto? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 16. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando te sientes deprimido(a)? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 17. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando llegas primero a tu casa? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 18. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando te sientes nervioso? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |
| 19. ¿Qué tan seguro te sientes de que puedes resistir el consumo de alcohol cuando te sientes triste? | 1 Yo estoy seguro de que no podría resistir el consumo | 2 Es más o menos probable de que no pueda resistir el consumo | 3 Es probable que no pueda resistir el consumo | 4 Es probable de que pueda resistir el consumo | 5 Es más o menos probable de que pueda resistir el consumo | 6 Yo estoy muy seguro de que podría resistir el consumo |

Apéndice E

Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol (ERPA)

Sánchez, Andrade, Betancourt y Vital (2013)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de situaciones relacionadas con el consumo de alcohol, marca con una X la opción que mejor defina tu comportamiento.

| | Nunca | Pocas veces | Muchas veces | Siempre |
|---|--------------|--------------------|---------------------|----------------|
| 1. En las fiestas o reuniones con mis amigos (as) me niego a beber alcohol, cuando no quiero hacerlo. | | | | |
| 2. Cuando mis amigos (as) me presionan para beber alcohol, les digo que no insistan. | | | | |
| 3. Si mi mejor amigo (a) me pidiera que nos emborracháramos y yo no quiero, le diría que “No”. | | | | |
| 4. En una fiesta bebería refresco aunque la mayoría estuviera bebiendo alcohol. | | | | |
| 5. Puedo rechazar una bebida alcohólica cuando no quiero beber. | | | | |
| 6. Si tus amigos estuvieran bebiendo alcohol, beberías con ellos aunque no quisieras. | | | | |

Apéndice F

Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol [IHFCA] (Natera et al. 2001)

Instrucciones: Este es un cuestionario confidencial, la información obtenida sólo será utilizada por el investigador, por lo cual se te solicita responder marcando con una equis (X) las respuestas que correspondan para cada uno de tus padres, dependiendo de su conducta.

| | |
|--|--------------------------------------|
| 1. ¿Con qué frecuencia bebía o bebe alcohol tu padre? | Padre (Selecciona una opción) |
| 0- No bebe o bebía | |
| 1-Una vez al año o menos | |
| 2- Unas cuantas veces al año | |
| 3- Una o dos veces al mes | |
| 4- Más o menos una vez a la semana | |
| 5- 2 ó 3 veces a la semana | |
| 6- 4 ó 5 veces a la semana | |
| 7- Más o menos diario | |
| 2. ¿Con qué frecuencia bebía o bebe alcohol tu madre? | Madre (Selecciona una opción) |
| 0- No bebe o bebía | |
| 1-Una vez al año o menos | |
| 2- Unas cuantas veces al año | |
| 3- Una o dos veces al mes | |
| 4- Más o menos una vez a la semana | |
| 5- 2 ó 3 veces a la semana | |
| 6- 4 ó 5 veces a la semana | |
| 7- Más o menos diario | |
| 3. ¿Con qué frecuencia dirías tú que tu padre bebía o bebe tanto que acaba o acababa ebrio? | Padre (Selecciona una opción) |
| 0- Nunca se emborracha o emborrachó | |
| 1-Unas cuantas veces al año | |
| 2-Una o dos veces al mes | |
| 3-Más o menos una vez a la semana | |
| 4-2 ó 3 veces a la semana | |
| 5-4 ó 5 veces a la semana | |
| 6-Más o menos diario | |
| 4. ¿Con qué frecuencia dirías tú que tu Madre bebía o bebe tanto que acaba o acababa ebria? | Madre (Selecciona una opción) |
| 0- Nunca se emborracha o emborrachó | |
| 1-Unas cuantas veces al año | |
| 2-Una o dos veces al mes | |
| 3-Más o menos una vez a la semana | |
| 4-2 ó 3 veces a la semana | |
| 5-4 ó 5 veces a la semana | |
| 6-Más o menos diario | |

5. ¿Bebían tus padres juntos o separados?

| | |
|-------------------------------|--|
| 0-Nunca | |
| 1-No sabe, no contestó | |
| 2-Sólo uno de los padres bebe | |
| 3-Siempre separados | |
| 4-Por lo general separados | |
| 5-Tanto juntos como separados | |
| 6-Casi siempre juntos | |
| 7-Siempre juntos | |

6. ¿Cuándo bebía tu padre o tu madre, estabas tú presente?

| | |
|------------------------|--|
| 0-Nunca | |
| 1-No sabe, no contestó | |
| 2-De vez en cuando | |
| 3- Casi siempre | |

Apéndice G

Escala de Valoración del Barrio [EVb] (Oliva, Antolín, Estévez & Pascual, 2012).

A continuación se te presentan una serie de frases relacionadas con tu colonia o comunidad, indícanos tu mayor o menor acuerdo con cada una de ellas. Por favor señala con un círculo el número de alternativas que te presentamos. Hazlo despacio, sin dejar alguna sin contestar. Los cuestionarios son anónimos por lo que te pedimos sinceridad en tus respuestas.

en las respuestas:

| Totalmente falsa | | Falsa | Algo Falsa | Ni falsa ni verdadera | Algo Verdadera | Verdadera | | Totalmente verdadera | | | |
|------------------|--|-------|------------|-----------------------|------------------|-----------|------------|-----------------------|----------------|-----------|----------------------|
| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| No. | Pregunta | | | | Totalmente falsa | Falsa | Algo Falsa | Ni falsa ni verdadera | Algo Verdadera | Verdadera | Totalmente Verdadera |
| 1 | Las personas adultas de mi barrio se preocupan de que los jóvenes estemos bien | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | La gente de mi edad puede encontrar en mi barrio personas adultas que le ayuden a resolver algún problema | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | Las personas adultas de mi colonia dicen que hay que escuchar a los jóvenes | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | Me siento identificado con mi colonia | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | La gente adulta de mi barrio valora mucho a los jóvenes | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | Las personas adultas nos regañan si maltratamos los árboles o jardines públicos | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | Siento que formo parte de mi colonia | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | Me siento muy unido a mi colonia | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 | Vivir en mi colonia me hace sentir que formo parte de una comunidad | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10 | En mi colonia, cuando las personas adultas toman decisiones que nos afectan a los jóvenes escuchan antes nuestra opinión | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | En mi colonia hay gente que vende droga | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12 | En vacaciones, en mi colonia hay muchas actividades para que podamos divertirnos los jóvenes | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| No. | Pregunta | Totalmente falsa | Falsa | Algo Falsa | Ni falsa ni verdadera | Algo Verdadera | Verdadera | Totalmente Verdadera |
|-----|--|---------------------|-------|------------|--------------------------|-------------------|-----------|-------------------------|
| 13 | Algunos amigos de fuera tienen miedo de venir a mi colonia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14 | La gente de mi colonia comete delitos y robos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15 | Las personas adultas de mi colonia tratarían de impedir que los jóvenes hicieran destrozos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16 | La gente de mi edad nos sentimos apreciados por las personas adultas de mi colonia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17 | Si un joven de mi colonia intentara dañar un coche las personas adultas lo evitarían | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18 | En mi colonia si haces cualquier destrozo seguro que algún adulto te regañará | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19 | Los jóvenes de mi colonia tenemos lugares donde reunirnos cuando hace mal tiempo (clima) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20 | Los jóvenes de mi colonia podemos hacer tantas cosas después de clase que raramente nos aburrirnos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21 | En mi colonia suele haber peleas entre bandas callejeras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22 | Hay pocas colonias en las que haya tantas actividades para jóvenes como en la mía | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Apéndice H

Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1992)

Instrucciones:

Las siguientes preguntas son acerca del consumo de alcohol, lee cuidadosamente cada una de ellas y subraya la respuesta que más se acerca a tu realidad.

| | |
|--|---|
| <p>1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p> | <p>6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> |
| <p>2. ¿Cuántas bebidas tomaste en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) 1 ò 2</p> <p>(1) 3 ò 4</p> <p>(2) 5 ò 6</p> <p>(3) 7, 8, ò 9</p> <p>(4) 10 ò más</p> | <p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> |
| <p>3. ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> | <p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> |
| <p>4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> | <p>9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos)</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>() Sí, el último año</p> |
| <p>5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> | <p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>() Sí, el último año.</p> |

Apéndice I

Guía de Entrevista Semiestructurada

(Grupos Focales)

1. De las personas que conoces como tus amigos, compañeros de clase o familiares, hay chicos o chicas que NO consumen alcohol. ¿qué piensas o qué has visto que hacen para No consumir alcohol?
2. Si todos los demás chicos beben alcohol. ¿Cómo puedes sentirse integrado al grupo si eres de los adolescentes que no beben?
3. ¿Tú que estrategias haces para no tomar alcohol?
4. ¿Qué compromiso haces para mantenerte sin tomar alcohol?
5. Con el paso de los años en el futuro ¿qué piensas hacer para no consumir alcohol?

Apéndice J

Consentimiento/Asentimiento informado del Estudiante (Entrevista)

Título del proyecto: Modelo de promoción de la salud para el no consumo de alcohol en niños de 5° y 6° de primaria y adolescentes de secundaria

Estudiante investigador: MCE. María Claudia Morales Rodríguez

Director de Tesis: Dra. Karla Selene López García

Estamos interesados en determinar la capacidad explicativa del Modelo de Promoción de la Salud para el No consumo de Alcohol. Por lo que estamos solicitando tu autorización, para participar en la investigación realizada por la MCE. María Claudia Morales Rodríguez, como parte de sus estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Antes de decidir si deseas participar, necesitas conocer el propósito de la investigación, si existe algún riesgo o beneficio y cuáles son los pasos a seguir después de tu autorización. Lo anterior se te informará mediante el presente documento.

Objetivo de la investigación:

El objetivo de esta investigación es conocer cuáles son los factores relacionados que protegen para que los niños de quinto y sexto año de primaria y adolescentes de primero, segundo y tercer año de secundaria presenten la Conducta Promotora de Salud NO Consumo de Alcohol.

Descripción de la Investigación y Procedimiento

Si aceptas participar en esta investigación, te solicitamos que hagas lo siguiente: la participación en el estudio será realizada en dos momentos, en decir en dos días diferentes, cuidando en todo momento que no interfiera con tus clases y actividades escolares. En el primer momento deberás responder a una guía de entrevista.

- Si eres menor de edad, solicitaremos el consentimiento informado de tus padres, el cual se enviará contigo a tus padres y corresponde a una forma similar a esta, la cual deberá ser firmada en caso de que ellos acepten que tú participes.
- Responder a cinco preguntas abiertas en un tiempo aproximado de una hora.
- Las preguntas están relacionadas contigo, respecto a tus opiniones acerca del No Consumo de Alcohol.
- Dicha entrevista se aplicará en un área seleccionada por las autoridades del plantel en un horario que no perjudique tus actividades académicas, se hará en un lugar cómodo y cerrado para que nadie escuche lo que tú y tus compañeros opinan .
- Esta entrevista será grabada para posteriormente transcribirla.
- No se te pedirá tu nombre real para evitar que se te pueda identificar, sólo un nombre ficticio.
- Al finalizar se te pedirá que no comentes nada con tus compañeros de clase o de otros grupos para evitar que conozcan el tema.

Riesgo e inquietudes:

No existen riesgos relacionados con la participación en este estudio, sin embargo si te sientes indispuerto o incómodo con las preguntas podrás abandonar el estudio cuando tú lo desees.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en participar en este estudio, sin embargo los resultados encontrados en la investigación podrían servir en un futuro para diseñar e implementar programas para la prevención del consumo de alcohol en niños y adolescentes de primarias y secundarias, por lo cual tu participación será muy importante.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que sabrán que participas en esta investigación son tú, tus padres e investigadores responsables, cabe señalar que ni los directivos, maestros, compañeros, ni tus padres sabrán las respuestas que tú proporcionas. Los datos que proporcionas serán analizados en forma global y serán resguardados por el investigador un máximo de 12 meses. Igualmente ninguna información obtenida será conocida por otras personas (directivos, profesores, compañeros). Por último, los resultados serán publicados en revistas científicas o expuestos en eventos de Investigación, pero solamente de forma general sin la identificación personalizada de los participantes.

Derecho a retirarse:

Tu participación en el estudio es voluntaria. Tu decisión a participar o no, no afectará tu relación actual o futura con tu escuela. Si tú decides participar, también estás en libertad para retirarte en cualquier momento sin que esto afecte esta relación.

Preguntas:

Si tienes alguna duda sobre la investigación y tus derechos como participante, por favor comunícate a la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL ubicada en la Ave. Gonzalitos #1500, Col. Mitras Centro en la Cd. De Monterrey, Nuevo León, al teléfono (0181) 83481847 donde puedes solicitar hablar con el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, si tienes alguna pregunta sobre este estudio en particular, o también puedes comunicarte a la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, al teléfono (01-222) 229-56-18

CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO

Yo voluntariamente acepto participar en esta investigación y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información en esta forma y todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque estoy aceptando participar en esta investigación, no estoy renunciando a ningún derecho.

Firma del participante y fecha

Testigo 1

Firma del Investigador y fecha

Testigo 2

Puebla, Puebla a _____ de _____ 2016

Apéndice K

Consentimiento/Asentimiento informado del Estudiante (Instrumentos)

Título del proyecto: Modelo de promoción de la salud para el no consumo de alcohol en niños de 5° y 6° de primaria y adolescentes de secundaria

Estudiante investigador: MCE. María Claudia Morales Rodríguez

Director de Tesis: Dra. Karla Selene López García

Estamos interesados en determinar la capacidad explicativa del Modelo de Promoción de la Salud para el No consumo de Alcohol. Por lo que estamos solicitando tu autorización, para participar en la investigación realizada por la MCE. María Claudia Morales Rodríguez, como parte de sus estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Antes de decidir si deseas participar, necesitas conocer el propósito de la investigación, si existe algún riesgo o beneficio y cuáles son los pasos a seguir después de tu autorización. Lo anterior se te informará mediante el presente documento.

Objetivo de la investigación:

El objetivo de esta investigación es conocer cuáles son los factores relacionados que protegen para que los niños de quinto y sexto año de primaria y adolescentes de primero, segundo y tercer año de secundaria presenten la Conducta Promotora de Salud NO Consumo de Alcohol.

Descripción de la Investigación y Procedimiento

Si aceptas participar en esta investigación, te solicitamos que hagas lo siguiente: la participación en el estudio será realizada en dos momentos, en decir en dos días diferentes, cuidando en todo momento que no interfiera con tus clases y actividades escolares. En el segundo momento deberás responder a siete instrumentos

- Si eres menor de edad, solicitaremos el consentimiento informado de tus padres, el cual se enviará contigo a tus padres y corresponde a una forma similar a esta, la cual deberá ser firmada en caso de que ellos acepten que tú participes.
- Responder siete cuestionarios y una cédula de datos personales en un tiempo aproximado de una hora.
- Las preguntas de los cuestionarios están relacionados contigo, respecto a algunas situaciones o aspectos como la imagen que tienes de ti mismo, la capacidad que tienes para resistir el consumo de alcohol, las influencias de amigos, familia y contexto, entre otros, para que se presente el No Consumo de Alcohol.
- Dichos cuestionarios se aplicarán en un área seleccionada por las autoridades del plantel en un horario que no perjudique tus actividades académicas.
- Al finalizar se te pedirá que no dejes alguna pregunta sin contestar y los cuestionarios se depositarán en el mismo sobre donde se entregarán y por último pasarás a colocarlo en una urna que se encontrará en la parte de enfrente del aula.

Riesgo e inquietudes:

No existen riesgos relacionados con la participación en este estudio, sin embargo si te sientes indisposto o incómodo con las preguntas podrás abandonar el estudio cuando tú lo desees.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en participar en este estudio, sin embargo los resultados encontrados en la investigación podrían servir en un futuro para diseñar e implementar programas para la prevención del consumo de alcohol en niños y adolescentes de primarias y secundarias, por lo cual tu participación será muy importante.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que sabrán que participas en esta investigación son tú, tus padres e investigadores responsables, cabe señalar que ni los directivos, maestros, compañeros, ni tus padres sabrán las respuestas que tú proporciones. Los datos que proporciones serán analizados en forma global y serán resguardados por el investigador un máximo de 12 meses. Igualmente ninguna información obtenida será conocida por otras personas (directivos, profesores, compañeros). Por último, los resultados serán publicados en revistas científicas o expuestos en eventos de Investigación, pero solamente de forma general sin la identificación personalizada de los participantes.

Derecho a retirarse:

Tu participación en el estudio es voluntaria. Tu decisión a participar o no, no afectará tu relación actual o futura con tu escuela. Si tú decides participar, también estás en libertad para retirarte en cualquier momento sin que esto afecte esta relación.

Preguntas:

Si tienes alguna duda sobre la investigación y tus derechos como participante, por favor comunícate a la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL ubicada en la Ave. Gonzalitos #1500, Col. Mitras Centro en la Cd. De Monterrey, Nuevo León, al teléfono (0181) 83481847 donde puedes solicitar hablar con el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, si tienes alguna pregunta sobre este estudio en particular, o también puedes comunicarte a la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, al teléfono (01-222) 229-56-18

CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO

Yo voluntariamente acepto participar en esta investigación y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información en esta forma y todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque estoy aceptando participar en esta investigación, no estoy renunciando a ningún derecho.

Firma del participante y fecha

Testigo 1

Firma del Investigador y fecha

Testigo 2

Puebla, Puebla a _____ de _____ 2016

Apéndice L

Consentimiento informado del Padre o Tutor (Entrevista)

Título del proyecto: Modelo de promoción de la salud para el no consumo de alcohol en niños de 5° y 6° de primaria y adolescentes de secundaria.

Estudiante investigador: MCE. María Claudia Morales Rodríguez

Director de Tesis: Dra. Karla Selene López García

Estamos interesados en determinar la capacidad explicativa del Modelo de Promoción de la Salud para el No consumo de Alcohol. Por lo que estamos solicitando su autorización, para que su hijo(a) participe en la investigación realizada por la MCE. María Claudia Morales Rodríguez, como parte de sus estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Antes de decidir si desea que su hijo(a) participe, necesita conocer el propósito de la investigación, si existe algún riesgo o beneficio y cuáles son los pasos a seguir después de su autorización. Lo anterior se le informará mediante el presente documento.

Objetivo de la investigación:

El objetivo de esta investigación es conocer cuáles son los factores relacionados que protegen para que los niños de quinto y sexto año de primaria y adolescentes de primero, segundo y tercer año de secundaria presenten la Conducta Promotora de Salud NO Consumo de Alcohol.

Descripción de la Investigación y Procedimiento

Si acepta que su hijo(a) participe en esta investigación, le solicitaremos que su hijo(a) haga lo siguiente: la participación en el estudio será realizada en dos momentos, en decir en dos días diferentes, cuidando en todo momento que no se interfiera con las clases y actividades escolares de su hijo(a). En el primer momento su hijo (a) deberá responder a una guía de entrevista.

Si su hijo(a) es menor de edad, solicitaremos el asentimiento informado de su hijo y el consentimiento informado de usted, al cual está dando lectura y el asentimiento corresponde a una forma similar a ésta, la cual deberá ser firmada en caso de que su hijo acepte participar.

- Su hijo deberá responder a cinco preguntas abiertas en un tiempo aproximado de una hora.
- Las preguntas están relacionadas con su opinión acerca del No Consumo de Alcohol.
- Dicha entrevista se aplicará en un área seleccionada por las autoridades del plantel en un horario que no perjudique sus actividades académicas, se hará en un lugar cómodo y cerrado para que nadie escuche lo que él y sus compañeros opinan.
- Esta entrevista será grabada para posteriormente transcribirla.
- No se le pedirá su nombre real para evitar que se le pueda identificar, sólo un nombre ficticio.
- Al finalizar se le pedirá que no comente nada con sus compañeros de clase o de otros grupos para evitar que conozcan el tema.

Riesgo e inquietudes:

No existen riesgos relacionados con la participación de su hijo(a) en este estudio, sin embargo si su hijo(a) se siente indispuerto o incómodo con las preguntas, el podrá abandonar el estudio cuando lo desee.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en participar en este estudio, sin embargo los resultados encontrados en la investigación podrían servir en un futuro para diseñar e implementar programas para la prevención del consumo de alcohol en niños y adolescentes de primarias y secundarias, por lo cual la participación de su hijo(a) será muy importante.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que sabrán que su hijo(a) participa en esta investigación son usted y los investigadores responsables, cabe señalar que ni a los directivos, maestros, compañeros, ni ustedes se les darán a conocer las respuestas que su hijo(a) proporcione. Los datos que proporcione su hijo(a) serán analizados en forma global y serán resguardados por el investigador un máximo de 12 meses. Igualmente ninguna información obtenida será conocida por otras personas (directivos, profesores, compañeros). Por último los resultados serán publicados en revistas científicas o expuestos en eventos de Investigación, pero solamente de forma general sin la identificación personalizada de los participantes.

Derecho a retirarse:

La participación de su hijo(a) en el estudio es voluntaria. La decisión de su hijo(a) de dejar de participar o no, no afectará la relación actual o futura con la escuela de su hijo(a). Si usted decide que su hijo participe, también está en libertad de retirar la participación de su hijo(a) en cualquier momento sin que esto afecte esta relación.

Preguntas:

Si tiene alguna duda sobre la investigación y los derechos de su hijo(a) como participante, por favor comuníquese a la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL ubicada en la Ave. Gonzalitos #1500, Col. Mitras Centro en la Cd. De Monterrey, Nuevo León, al teléfono (0181) 83481847 donde puede solicitar hablar con el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, si usted tiene alguna pregunta sobre este estudio en particular, o también puede comunicarse a la Secretaría de Investigación y de estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, al teléfono (01-222) 229-56-18

CONSENTIMIENTO

Yo voluntariamente acepto que mi hijo(a) participe en esta investigación y que se colecte información de mi hijo(a). He leído la información en esta forma y todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque estoy aceptando que mi hijo(a) participe en esta investigación, no estoy renunciando a ningún derecho.

Firma del participante y fecha

Testigo 1

Firma del Investigador y fecha

Testigo 2

Puebla, Puebla a _____ de _____ 2016

Apéndice M

Consentimiento informado del Padre o Tutor (Instrumentos)

Título del proyecto: Modelo de promoción de la salud para el no consumo de alcohol en niños de 5° y 6° de primaria y adolescentes de secundaria.

Estudiante investigador: MCE. María Claudia Morales Rodríguez

Director de Tesis: Dra. Karla Selene López García

Estamos interesados en determinar la capacidad explicativa del Modelo de Promoción de la Salud para el No consumo de Alcohol. Por lo que estamos solicitando su autorización, para que su hijo(a) participe en la investigación realizada por la MCE. María Claudia Morales Rodríguez, como parte de sus estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Antes de decidir si desea que su hijo(a) participe, necesita conocer el propósito de la investigación, si existe algún riesgo o beneficio y cuáles son los pasos a seguir después de su autorización. Lo anterior se le informará mediante el presente documento.

Objetivo de la investigación:

El objetivo de esta investigación es conocer cuáles son los factores relacionados que protegen para que los niños de quinto y sexto año de primaria y adolescentes de primero, segundo y tercer año de secundaria presenten la Conducta Promotora de Salud NO Consumo de Alcohol.

Descripción de la Investigación y Procedimiento

Si acepta que su hijo(a) participe en esta investigación, le solicitaremos que su hijo(a) haga lo siguiente: la participación en el estudio será realizada en dos momentos, en decir en dos días diferentes, cuidando en todo momento que no se interfiera con las clases y actividades escolares de su hijo(a). En el segundo momento su hijo(a) deberá responder a una cédula de datos personales y siete instrumentos:

- Si su hijo(a) es menor de edad, solicitaremos el asentimiento informado de su hijo y el consentimiento informado de usted, al cual está dando lectura y el asentimiento corresponde a una forma similar a ésta, la cual deberá ser firmada en caso de que su hijo acepte participar.
- Su hijo deberá responder siete cuestionarios y una cédula de datos personales en un tiempo aproximado de una hora.
- Las preguntas de los cuestionarios están relacionados con su hijo, respecto algunas situaciones o aspectos como la imagen que él o ella tiene de sí mismo, la capacidad que tiene para resistir el consumo de alcohol, las influencias de amigos, familia y contexto, entre otros, para que se presente el No Consumo de Alcohol.
- Dichos cuestionarios se aplicarán en un área seleccionada por las autoridades del plantel en un horario que no perjudique las actividades académicas de su hijo(a).
- Al finalizar se le pedirá a su hijo(a) que no deje alguna pregunta sin contestar y los cuestionarios se depositarán en el mismo sobre donde fueron entregados y por último él o ella pasará a colocarlo en una urna que se encontrará en la parte de enfrente del aula.

Riesgo e inquietudes:

No existen riesgos relacionados con la participación de su hijo(a) en este estudio, sin embargo si su hijo(a) se siente indispuerto o incómodo con las preguntas, el podrá abandonar el estudio cuando lo desee.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en participar en este estudio, sin embargo los resultados encontrados en la investigación podrían servir en un futuro para diseñar e implementar programas para la prevención del consumo de alcohol en niños y adolescentes de primarias y secundarias, por lo cual la participación de su hijo(a) será muy importante.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que sabrán que su hijo(a) participa en esta investigación son usted y los investigadores responsables, cabe señalar que ni a los directivos, maestros, compañeros, ni ustedes se les darán a conocer las respuestas que su hijo(a) proporcione. Los datos que proporcione su hijo(a) serán analizados en forma global y serán resguardados por el investigador un máximo de 12 meses. Igualmente ninguna información obtenida será conocida por otras personas (directivos, profesores, compañeros). Por último los resultados serán publicados en revistas científicas o expuestos en eventos de Investigación, pero solamente de forma general sin la identificación personalizada de los participantes.

Derecho a retirarse:

La participación de su hijo(a) en el estudio es voluntaria. La decisión de su hijo(a) de dejar de participar o no, no afectará la relación actual o futura con la escuela de su hijo(a). Si usted decide que su hijo participe, también está en libertad de retirar la participación de su hijo(a) en cualquier momento sin que esto afecte esta relación.

Preguntas:

Si tiene alguna duda sobre la investigación y los derechos de su hijo(a) como participante, por favor comuníquese a la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL ubicada en la Ave. Gonzalitos #1500, Col. Mitras Centro en la Cd. De Monterrey, Nuevo León, al teléfono (0181) 83481847 donde puede solicitar hablar con el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, si usted tiene alguna pregunta sobre este estudio en particular, o también puede comunicarse a la Secretaría de Investigación y de estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, al teléfono (01-222) 229-56-18

CONSENTIMIENTO

Yo voluntariamente acepto que mi hijo(a) participe en esta investigación y que se colecte información de mi hijo(a). He leído la información en esta forma y todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque estoy aceptando que mi hijo(a) participe en esta investigación, no estoy renunciando a ningún derecho.

Firma del participante y fecha

Testigo 1

Firma del Investigador y fecha

Testigo 2

Puebla, Puebla a _____ de _____ 2016

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

MCE. María Claudia Morales Rodríguez

Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: “MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL EN NIÑOS DE 5° Y 6° DE PRIMARIA Y ADOLESCENTES DE SECUNDARIA”

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas.

Biografía: Nacida en la Ciudad de Puebla, Puebla el 3 de Diciembre de 1968. Hija del Sr. Pedro Morales Jiménez y Sra. María del Consuelo Rodríguez Gándara (Q.E.P.D).

Educación: Egresada de la carrera de Enfermera General Generación 1987- 1991 en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP). Egresada del Programa Complementario de Licenciatura de Enfermería de la FE-BUAP generación 1995-1996 . Egresada de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, Generación 1998-2000 obteniendo Mención Honorífica. Becario del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) en el periodo 2014-2017 para cursar el Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería de la FAEN, UANL.

Experiencia Profesional: Enfermera General en el Hospital de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP) de los años 1991 a 1996.

Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería de la BUAP desde el año 1996 a la fecha.

Miembro de Sigma Theta Tau International; Honor Society of Nursing. Capítulo Tau Alpha desde el año 2015.

Correo electrónico: teziu68@gmail.com